

SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ANNO EDUCATIVO 2023/2024

DATI DEL GENITORE

Cognome e nome _____ nato/a _____

Provincia _____ il ____/____/____ residente a _____

Cittadinanza _____ via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Recapiti: (e-mail) _____ (tel. mobile) _____ (tel. fisso) _____

DATI DEL BAMBINO

Cognome e nome _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____

residente a **VICCHIO** all'indirizzo sopra indicato Codice Fiscale _____

A Condizioni che danno diritto all'ammissione prioritaria

- Bambino in affidamento;
- Bambini portatori di handicap o con fratelli portatori di handicap;
- Orfani di uno o di entrambi i genitori;
- Altre situazioni seguite dal servizio sociale.

B Lista d'attesa

Data di presentazione della domanda precedente ____/____/____*

punti 1

*Nel caso in cui la domanda sia stata presentata da oltre un anno ed il bambino risulti in lista d'attesa.

Chiedo:

II SCELTA DEL SERVIZIO

Indicare, in ordine di preferenza numerica, in quali servizi siete disponibili ad accettare il posto.

Nido d'infanzia "**ANGELICO**"

Nido d'infanzia "**PANDOLCE**"

Frequenza settimanale:

Frequenza settimanale:

5 GIORNI

5 GIORNI

TEMPO LUNGO (ORE 7.30-16.00)

TEMPO CORTO (ORE 7.30-14.00)



III COMPOSIZIONE ANAGRAFICA DEL NUCLEO FAMILIARE

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IV SITUAZIONE DI FATTO DEL NUCLEO FAMILIARE

N.B.: sezione da NON compilare se la situazione di fatto risulta uguale a quella anagrafica

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Se i genitori non sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare specificare esattamente la situazione (data e luogo di deposito dei ricorsi o della sentenza di separazione e divorzio, altro)

| |
|--|
| |
| |
| |

| | | | |
|----------|--|----------------|--------------------------|
| C | Genitori entrambi residenti a Vicchio ed entrambi occupati in attività lavorativa | punti 8 | <input type="checkbox"/> |
|----------|--|----------------|--------------------------|

| | | | |
|----------|---|-------------------|--------------------------|
| D | Nucleo monoparentale residente a Vicchio e occupato in attività lavorativa (un solo genitore esercente patria potestà) * in questo caso non verrà considerato il punteggio dell'altro genitore, nel proseguo della domanda. | punti 21,5 | <input type="checkbox"/> |
|----------|---|-------------------|--------------------------|

E CARICO FAMILIARE

Il punteggio per i figli, escluso quello per cui si fa domanda, è attribuito in riferimento alla frequenza scolastica e non all'età anagrafica (es. bambino che compie tre anni nell'anno corrente ma che frequenta già la scuola materna a settembre)

| | | |
|--|---------|--------------------------|
| Domanda di gemelli | punti 6 | <input type="checkbox"/> |
| Nuova gravidanza al momento della domanda | punti 5 | <input type="checkbox"/> |
| Per ogni ulteriore figlio al di sotto dei 3 anni | punti 4 | <input type="checkbox"/> |
| Per ogni ulteriore figlio da 3 a 6 anni | punti 3 | <input type="checkbox"/> |
| Per ogni ulteriore figlio dai 6 agli 11 anni | punti 2 | <input type="checkbox"/> |
| Per ogni ulteriore figlio dagli 11 ai 14 anni | punti 1 | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----------|---|----------------|--------------------------|
| G | Presenza all'interno del nucleo familiare di persone con handicap o inferme non frequentanti servizi pubblici diurni, cui necessita prestare assistenza. Tale requisito dovrà essere documentato dalla Commissione ASL per l'invalidità civile col riconoscimento del 100% oppure ai sensi della L.104/92 o ai sensi della delib.C.R. 214/91 col riconoscimento di non autosufficienza. | punti 4 | <input type="checkbox"/> |
|----------|---|----------------|--------------------------|





V MADRE

VI PADRE

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

H CONDIZIONE PROFESSIONALE

| | PUNTI |
|--|-------|
| LAVORATRICE STABILE (dipendente, autonoma, libera professionista) | 8 |
| DISOCCUPATA LICENZIATA O PRECARIA * (con contratti a breve termine non super. a 6 mesi) | 7 |
| STUDENTESSA * | 5 |
| CASALINGA O PENSIONATA | 4 |

*Tali condizioni possono essere attribuite ad uno solo dei due coniugi

SE LAVORATRICE DIPENDENTE

Qualifica professionale (*operaia, impiegata, infermiera, dirigente, etc.*) _____

Ente o ditta presso cui è assunta _____

tel. _____

Data assunzione ed eventuale fine se assunta a termine _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____

SE TITOLARE DI ALTRA TIPOLOGIA DI CONTRATTO

Nome dell'azienda/ente/soggetto con cui si è stipulato il contratto _____

Data di inizio e fine contratto _____

Sede del lavoro _____

tel. _____

Professione _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____

Cognome e nome _____

comune di residenza _____

via-piazza n° _____

H CONDIZIONE PROFESSIONALE

| | PUNTI |
|--|-------|
| LAVORATORE STABILE (dipendente, autonoma, libera professionista) | 8 |
| DISOCCUPATO LICENZIATO PRECARIO * (con contratti a breve termine non super. a 6 mesi) | 7 |
| STUDENTE * | 5 |
| CASALINGO O PENSIONATO | 4 |

*Tali condizioni possono essere attribuite ad uno solo dei due coniugi

SE LAVORATORE DIPENDENTE

Qualifica professionale (*operaio, impiegato, infermiere, dirigente, etc.*) _____

Ente o ditta presso cui è assunto _____

tel. _____

Data assunzione ed eventuale fine se assunto a termine _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____

SE TITOLARE DI ALTRA TIPOLOGIA DI CONTRATTO

Nome dell'azienda/ente/soggetto con cui si è stipulato il contratto _____

Data di inizio e fine contratto _____

Sede del lavoro _____

tel. _____

Professione _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro) _____





SE LAVORATRICE AUTONOMA

Professione (*artigiana, agricoltrice, libera professionista, imprenditrice, etc.*)

Ramo di attività (*edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze*)

Posizione occupata (*socia, titolare, coadiuvante, amministratrice, etc.*)

Nome e tipo di società (*s.n.c. - s.p.a. - individuale...*)

Indirizzo ditta

tel. _____

Data inizio attività _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro)

| I | PENDOLARITA' (1) | punti |
|---|---|----------------------|
| | Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 15 Km. (1 punto) | <input type="text"/> |
| | Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km. (2 punti) | <input type="text"/> |

L **ORARIO DI LAVORO**
Totale ore lavorative settimanali N. _____
come da contratto di lavoro esclusi straordinari

| | | punti |
|--------------------|--------------|----------------------|
| Fino a 12 ore | (punti 0,50) | <input type="text"/> |
| Da 13 ore a 24 ore | (punti 1) | <input type="text"/> |
| Da 25 ore a 30 ore | (punti 1,50) | <input type="text"/> |
| Da 31 a 36 ore | (punti 3,00) | <input type="text"/> |
| Oltre 36 ore | (punti 3,50) | <input type="text"/> |

SE LAVORATORE AUTONOMO

Professione (*artigiano, agricoltore, libero professionista, imprenditore, etc.*)

Ramo di attività (*edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze*)

Posizione occupata (*socio, titolare, coadiuvante, amministratore, etc.*)

Nome e tipo di società (*s.n.c. - s.p.a. - individuale...*)

Indirizzo ditta

tel. _____

Data inizio attività _____

Sede effettiva di lavoro
(dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro)

| I | PENDOLARITA' (1) | punti |
|---|---|----------------------|
| | Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 15 Km. (1 punto) | <input type="text"/> |
| | Se l'attività lavorativa è svolta fuori comune oltre 30 Km. (2 punti) | <input type="text"/> |

L **ORARIO DI LAVORO**
Totale ore lavorative settimanali N. _____
come da contratto di lavoro esclusi straordinari

| | | punti |
|--------------------|--------------|----------------------|
| Fino a 12 ore | (punti 0,50) | <input type="text"/> |
| Da 13 ore a 24 ore | (punti 1) | <input type="text"/> |
| Da 25 ore a 30 ore | (punti 1,50) | <input type="text"/> |
| Da 31 a 36 ore | (punti 3,00) | <input type="text"/> |
| Oltre 36 ore | (punti 3,50) | <input type="text"/> |

VII RESIDENZA DEI NONNI

| | | | |
|----------|--|------------|----------------------|
| N | Se uno dei nonni è residente nel Comune di Vicchio e nello stesso nucleo familiare del bambino | punti 0 | <input type="text"/> |
| O | Se uno dei nonni è residente nel Comune di Vicchio | punti 0,50 | <input type="text"/> |
| P | Se nessuno dei nonni è residente nel Comune di Vicchio | punti 1,00 | <input type="text"/> |

(1) La pendolarità viene considerata a tratta e riferita alla distanza da Vicchio Capoluogo

A parità di punteggio la precedenza è data in ordine ai seguenti criteri:

1. ai bambini con entrambi i genitori impegnati in attività lavorativa,
2. ai bambini più piccoli di età





IL/LA SOTTOSCRITTO/A PADRE/MADRE DICHIARA:

- **Di essere consapevole che mio figlio/a non sarà ammesso/a e non potrà frequentare il nido se non in regola con gli adempimenti vaccinali.**
- **CHE il valore dell'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare è pari ad €.....**
- CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO;
- DI AVER COMPILATO I QUADRI
 I II III IV V VI VII
- DI AVER ACQUISITO LE SEGUENTI INFORMAZIONI:
 08 maggio: pubblicazione della graduatoria provvisoria
 entro e non oltre il 15 maggio: presentazione di eventuali ricorsi
 19 maggio: pubblicazione della graduatoria definitiva
- ED INOLTRE:
 - si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Vicchio, nell'ambito di eventuali verifiche;
 - è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;
 - dichiaro di aver preso visione della guida alla compilazione;

ALLEGA:

- se compilata lett. E (nuova gravidanza al momento della domanda) copia certificazione.
- se compilata lett. G copia certificazione

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. In particolare, il trattamento dei dati personali è finalizzato alla gestione della procedura per l'ammissione ai servizi educativi dei bambini e ai connessi obblighi di legge.

Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2916, l'interessato potrà visitare il sito www.comunevicchio.fi.it accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del trattamento è il **Comune di Vicchio**.

Il/la dichiarante

(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

ATTENZIONE: bisogna firmare in ufficio davanti all'incaricata della raccolta. Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri si deve allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato

Vicchio li

| | |
|--|-----------------|
| RISERVATO ALL'UFFICIO | |
| Si attesta che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza | |
| Vicchio li _____ | L'addetta _____ |

