

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI POSTO NEI SERVIZI EDUCATIVI PRIMA INFANZIA INSERITI NEL SISTEMA PUBBLICO DELL'OFFERTA Anno educativo 2017-2018**

Al Comune di Collesalvetti  
Struttura Servizi al Cittadino  
Ufficio Servizi Sociali

Io sottoscritto / a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**Recapiti:**

Abitazione n. telefono \_\_\_\_\_

n. Cellulare \_\_\_\_\_

E- mail\_(anche pec) \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Genitore
- Affidatario che esercita la potestà genitoriale.
- Tutore legale del / della minore

**CHIEDO**

per il / la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

Nato / a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

l'ammissione al servizio educativo privato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nei posti riservati al Comune.

(può essere indicato, per la fascia di età 3 – 12 mesi il nido "I Bimbi del Colle")

**DICHIARO**

- Il bambino / la bambina è in pre – affidamento / affidamento / adozione o sottoposto/a a provvedimento similare del Tribunale dei Minori (allegare documentazione);
- Il bambino / la bambina è orfano / a di un genitore oppure è riconosciuto da un solo genitore.
- Il bambino / la bambina ha n. ....fratelli o sorelle minorenni **oltre la fascia di età 0 – 3 anni** anche non conviventi ma a carico fiscale di uno dei genitori (indicare nome e cognome del bambino \_\_\_\_\_);
- Il bambino / la bambina ha n. ....fratelli o sorelle **nella fascia di età 0 – 3 anni** anche non conviventi ma a carico fiscale di uno dei genitori (indicare nome e del cognome bambino \_\_\_\_\_);
- è / non è in regola (**cancellare la voce che non interessa**) con gli obblighi vaccinali prescritti dalle leggi vigenti nonché le vaccinazioni raccomandate ai minori di età dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale vigente come requisito per l'iscrizione annuale (PdL 164/26.01.2017 R.T.) ai Servizi educativi prima infanzia.

PADRE _____ (nome e cognome)	MADRE _____ (nome e cognome)
<input type="checkbox"/> <b>Lavoratore subordinato o para – subordinato</b> Datore di lavoro (risultante dal contratto di lavoro) _____ Indirizzo: via _____ n. _____ Località _____ Tel. _____ Sede di lavoro _____ Con contratto a tempo: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> determinato (inizio contratto _____ fine _____)</li> <li><input type="checkbox"/> indeterminato per un numero complessivo di ore (come previsto da contratto di lavoro) n° _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>Lavoratore subordinato o para – subordinato</b> Datore di lavoro (risultante dal contratto di lavoro) _____ Indirizzo: via _____ n. _____ Località _____ Tel. _____ Sede di lavoro _____ Con contratto a tempo: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> determinato (inizio contratto _____ fine _____)</li> <li><input type="checkbox"/> indeterminato per un numero complessivo di ore (come previsto da contratto di lavoro) n° _____</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Lavoratore autonomo.</b> Tipologia professione: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Artigiano</li> <li><input type="checkbox"/> Commerciante</li> <li><input type="checkbox"/> Libero professionista</li> <li><input type="checkbox"/> Prestazioni occasionali</li> <li><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____</li> </ul> Iscritto presso <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CCIAA di _____</li> <li><input type="checkbox"/> Albo / ordine di _____</li> <li><input type="checkbox"/> Partita Iva _____</li> </ul> Sede lavorativa di _____ Via / piazza _____ n. _____ _____ Tel _____ Per un numero complessivo settimanale di ore _____	<input type="checkbox"/> <b>Lavoratore autonomo.</b> Tipologia professione: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Artigiano</li> <li><input type="checkbox"/> Commerciante</li> <li><input type="checkbox"/> Libero professionista</li> <li><input type="checkbox"/> Prestazioni occasionali</li> <li><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____</li> </ul> Iscritto presso <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CCIAA di _____</li> <li><input type="checkbox"/> Albo / ordine di _____</li> <li><input type="checkbox"/> Partita Iva _____</li> </ul> Sede lavorativa di _____ Via / piazza _____ n. _____ _____ Tel _____ Per un numero complessivo settimanale di ore _____
<input type="checkbox"/> frequenta un corso di specializzazione post laurea obbligatorio per l'esercizio della professione _____	<input type="checkbox"/> frequenta un corso di specializzazione post laurea obbligatorio per l'esercizio della professione _____
<input type="checkbox"/> Disoccupato iscritto al Centro per l'impiego di _____ dal _____	<input type="checkbox"/> Disoccupato iscritto al Centro per l'impiego di _____ dal _____
<input type="checkbox"/> Cassaintegrato	<input type="checkbox"/> Cassaintegrato
<input type="checkbox"/> Effettua tirocinio	<input type="checkbox"/> Effettua tirocinio
<b>Se residente nel Comune di Collesalveti:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Il luogo di lavoro (sede operativa) dista più di 60 Km dalla residenza</li> <li><input type="checkbox"/> Il luogo di lavoro (sede operativa) dista meno di 60 Km ma esercita attività lavorativa nel territorio di altri comuni</li> </ul>	<b>Se residente nel Comune di Collesalveti:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Il luogo di lavoro (sede operativa) dista più di 60 Km dalla residenza</li> <li><input type="checkbox"/> Il luogo di lavoro (sede operativa) dista meno di 60 Km ma esercita attività lavorativa nel territorio di altri comuni</li> </ul>

- o Il bambino/ la bambina è diversamente abile (allegare certificazione rilasciata da ..... e vidimata dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Az. USL 6);
- o Nella famiglia c'è un genitore e/o un fratello /i disabili o affetti da gravi infermità (100% invalidità) (allegare documentazione);
- o Il bambino / la bambina appartiene ad un nucleo in carico ai servizi sociali territoriali (presentare relazione dell'assistente sociale);
- o Nell'anno educativo 2016 / 2017 il bambino ha frequentato il servizio educativo prima infanzia del Comune di Collesalvetti (indicare il nome dell'asilo nido..... nel periodo (indicare l'inizio dell'inserimento).....con quota mensile totalmente a carico del genitore.

DATA \_\_\_\_\_

LA DICHIARANTE \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

**Allego l'attestazione ISEE 2017 per prestazione agevolata rivolta a minorenni con importo di**

**€ ..... presentata in data..... e rilasciata in data**

.....

**Allego fotocopia documento di riconoscimento del sottoscrittore.**

**Dichiaro inoltre di essere informato / a che:**

- A) le dichiarazioni ed i dati riportati nella presente autocertificazione sono obbligatori ai fini del buon esito dell'istanza (art. 13 D. Lgs 196/03) e che il Comune di Collesalvetti può utilizzare tali dati nell'ambito e per i fini istituzionali propri (art. 20 D. Lgs 196/03 Tutela della Privacy).
- B) Le dichiarazioni, effettuate nella forma dell'autocertificazione, ai sensi dell'art. 46 – 47 del D. P. R. 445/00, sono soggette a controllo (art. 71 stesso D. P. R.). in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione è prevista, ai sensi degli artt. 75 e 76 del suddetto D. P. R. sia la decadenza dai benefici che la perseguibilità ai sensi del Codice Penale.
- C) Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che qualora il beneficio economico superasse la soglia di € 1.000,00 nell'arco dell'anno i dati saranno pubblicati con apposito atto ai sensi del D. Lgs 14 marzo 2013 n. 33 articolo 27 "Obblighi di pubblicazione dell'elenco dei soggetti beneficiari"

Data .....

Firma leggibile

.....

IMPORTO ATTESTAZIONE ISEE		NOME E COGNOME DEL BAMBINO ETA '	PUNTI	NIDI indicati
€.....		.....		
composizione situazione occupazionale del nucleo familiare	il bambino è orfano di	entrambi i genitori o in affido o in adozione	10,00	
	bambino è orfano o riconosciuto da un solo genitore il quale	lavora anche a tempo determinato	9,00	
		effettua tirocinio o corsi spec. post laurea per abilitaz. alla professione anche durante a. s. per cui viene presentata la domanda		
		non è occupato (iscritto al collocamento) o cassaintegrato		
	il bambino ha entrambi i genitori conviventi o non conviventi i quali:	frequenta corsi di studio per l'intero anno scolastico	8,75	
		lavora/no anche a tempo indeterminato o determinato		
		effettua/no tirocinio o corsi spec. post laurea per abilitaz. alla professione anche durante a. s. per cui viene presentata la domanda		
il bambino ha entrambi i genitori di cui uno non occupato (iscritto liste di disoccupazione) o cassaintegrato e l'altro che:	frequentano corsi di studio per l'intero anno scolastico	8,50		
	lavora (anche a tempo indeterminato)			
	effettua tirocinio o corsi spec. post laurea per abilitaz. alla professione anche durante a. s. per cui viene presentata la domanda			
il bambino ha entrambi i genitori	frequenta corsi di studio per l'intero anno scolastico	7,00		
	che non lavorano			
	di cui uno che non lavora e l'altro che: >> lavora (anche a tempo indeterminato); >>effettua tirocinio o corsi di specializzazione post laurea obbligatori per l'esercizio della professione, anche durante l'anno scolastico per cui viene presentata la domanda; >>è non occupato (iscritto alle liste di disoccupazione presso i Centri per l'impiego) o cassaintegrato >> frequenta corsi di studio per l'intero anno scolastico			
il bambino ha fratelli / sorelle <u>minorenni</u> fuori la fascia di età 0-3 anni	calcolare 0,25 punti per ogni figlio anche non convivente ma a carico fiscale di uno dei genitori, <b>escluso</b> quello che viene iscritto	0,25		
il bambino ha fratelli / sorelle nella <u>fascia</u> di età 0-3 anni	calcolare 0,50 per ogni figlio di tale età <b>compreso</b> quello che viene iscritto anche non convivente ma a carico fiscale di uno dei genitori	0,50		
situazione sanitaria della famiglia	il bambino è in situazioni di disabilità certificata	10,00		
	in famiglia vi sono genitori e/o fratelli conviventi disabili o affetti da gravi infermità (100% invalidità)	2,00		
punteggi aggiuntivi	il bambino ha frequentato lo scorso anno (per almeno 4 mesi) un nido privato ..... senza agevolazioni	2,00		
	il bambino appartiene ad un nucleo familiare	in carico ai servizi sociali territoriali (allegare relazione assistente sociale)	2,00	
	il bambino ha uno o entrambi i genitori che:	risiedono nel Comune di Collesalveti ed il luogo di lavoro (sede operativa) dista più di 60 km dalla residenza (calcolare 1,00 per ciascun genitore che lavora fuori del Comune)	1,00	
	il bambino ha uno o entrambi i genitori che:	risiedono nel Comune di Collesalveti ed il luogo di lavoro (sede operativa) dista meno di 60 Km ma esercitano attività lavorativa nel territorio di altri Comuni ( calcolare 0,25 per ciascun genitore che lavora fuori del Comune)	0,25	
			<b>totale</b>	

(quadro riassuntivo). Da non compilare