

NUOVA AMMISSIONE

CONFERMA

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta ammissione Asilo nido comunale anno pedagogico 2017/2018.

I sottoscritt _____ nato a _____,
il _____ residente a Capo d'Orlando in Via _____
C.F. _____ Tel./cell _____
email _____

CHIEDE

L'ammissione per il periodo Settembre 2017-Luglio 2018 del figlio/figlia _____
altro (in questo caso indicare il rapporto di parentela) _____

Nat. a _____ il _____ all'asilo Nido Comunale

Sezione : Lattanti Semi-Divezzi Divezzi

Solo nell'orario normale dalle ore 8,00 fino alle 14,00	
Anche nell'orario pomeridiano dalle ore 14,00 alle 16,45	

A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, andrà incontro alle sanzioni penali dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e decadrà dai benefici conseguiti

DICHIARA

Di trovarsi nella seguente situazione determinante priorità e/o punteggio per l'ammissione*:

PRIORITA'

1) Bambino orfano di entrambi i genitori

(Esclusi i casi di adozione o affidamento preadottivo)

2) Bambino che presenta difficoltà

(situazione prevista al n.2 voce "ammissione" del bando)

Da documentare con certificazione

rilasciata dalla competente commissione sanitaria.

3) Presenza di un solo genitore

(situazione prevista al n. 3 voce "ammissione" del bando)

Esclusi i casi in cui il genitore ha un coniuge o un convivente

ELEMENTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO

a) Presenza di fratelli conviventi: (punteggio massimo punti 1)

N. _____ fratello/sorella fino all'età di 10 anni (punti 0,2)

b) Presenza in famiglia di soggetti bisognosi di assistenza continua :

-invalidità 100% di _____ (padre/madre/
che necessita di assistenza continua (punti 8)

-invalidità del 100% di _____ (altro figlio)

che necessita di assistenza continua (punti 8)

-parenti entro il terzo grado conviventi con invalidità del 100%

non ospitati in struttura protetta (punti 1)

(da documentarsi con idonea certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili)

- c) **Grave malattia di** _____ (genitore o fratello/sorella) **che impedisce di accudire al bambino (punti 8)**

da documentarsi con idonea certificazione

* il punteggio di cui alle precedenti lett. b) e c) non è cumulabile

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI

- d) **MADRE LAVORATRICE:** Azienda / Amm.ne /Attività autonoma _____

Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via _____ altro Comune(Punti 1) - altra Regione (Punti 2) _____ Azienda / Amm.ne/ Attività autonoma _____ avente sede in via _____

Con orario contrattuale:

fino a 20 ore settimanali PUNTI 0,5			
fino a 25 ore settimanali PUNTI 1			
fino a 36 ore settimanali PUNTI 1,5			
oltre a 36 ore settimanali PUNTI 2			

- e) **PADRE LAVORATORE:** Azienda / Amm.ne /Attività autonoma _____

Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via _____ altro Comune(Punti 1) - altra Regione (Punti 2) _____ Azienda / Amm.ne/ Attività autonoma _____ avente sede in via _____

Con orario contrattuale:

fino a 20 ore settimanali PUNTI 0,5			
fino a 25 ore settimanali PUNTI 1			
fino a 36 ore settimanali PUNTI 1,5			
oltre a 36 ore settimanali PUNTI 2			

- f) Fratelli già frequentanti _____ (indicare il nome)

- g) Fratelli gemelli _____ (indicare il nome)

Dichiara infine che unitamente al proprio nucleo familiare ha la seguente situazione reddituale da attestazione ISEE completa di dichiarazione sostitutiva unica anno 2017

Reddito N.F.

Retta ore 8.00/14,00 Retta ore 8,00/16,45

Da zero a € 7.000,00		€ 20,00	€ 35,00
Da € 7.001,00 a € 9.000,00		€ 30,00	€ 45,00
Da € 9.001,00 a € 11.000,00		€ 40,00	€ 55,00
Da € 11.001,00 a € 13.000,00		€ 50,00	€ 65,00
Da € 13.001,00 a € 15.000,00		€ 60,00	€ 75,00
Da € 15.001,00 a € 20.000,00		€ 70,00	€ 85,00
Da € 20.001,00 in poi		€ 90,00	€ 105,00

Allega:

- 1) Attestazione ISEE 2017 _____
- 2) Documento di riconoscimento _____
- 3) _____
- 4) _____
- 6) Si riserva in caso di ammissione di presentare certificato di vaccinazione del bambino.

Capo d'Orlando _____

FIRMA _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti della legge sulla privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, come previsto dall'art. 26 del regolamento comunale asilo nido , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ne autorizza il trattamento.

Dichiara infine di accettare le norme previste dal vigente Regolamento Comunale Asilo Nido.

Capo d'Orlando _____

FIRMA _____

N.B.(contrassegnare le caselle che interessano)