



Unione Comuni Modenesi Area Nord

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

SPORTELLO TERRITORIALE ISTRUZIONE MIRANDOLA

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AI NIDI DI INFANZIA ANNO EDUCATIVO 2020 -2021**

Il/la **sottoscritto/a**  
Cognome e Nome

Valore ISEE:

padre  madre  altro

**CHIEDE L' AMMISSIONE  
AL NIDO D'INFANZIA NELL'ANNO EDUCATIVO 2020/2021**

per il/la **figlio/a**

Cognome e Nome

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono padre \_\_\_\_\_ Telefono madre \_\_\_\_\_

e-mail padre \_\_\_\_\_ e-mail madre \_\_\_\_\_

**SERVIZIO richiesto:**

- Tempo pieno (dalle ore 8,00 alle ore 16,30)
- Tempo parziale (dalle ore 8,00 alle ore 13,00/13,30)

La tipologia oraria di servizio è vincolante e non potrà essere successivamente modificata

**SERVIZI aggiuntivi**

- Pre-ingresso(dalle ore 7,30 alle ore 8,00)
- Prolungamento orario pomeridiano (dalle ore 16,30 alle ore 18,30)

**Da richiedere su apposito modulo dopo la comunicazione di ammissione al nido**

**PREFERENZA DI STRUTTURA NIDO:**

- Il Paese dei Balocchi (V. C.Poma)
- Il Nido della Civetta (V. Gobetti)
- Sezione Primavera part time (all'interno del Nido della Civetta per bambini dai 24 ai 36 mesi)
- Nessuna preferenza

**La preferenza espressa è indicativa MA NON VINCOLANTE per l'assegnazione del posto**

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 in materia di semplificazione amministrativa dichiara quanto segue:

**A) NUCLEO FAMILIARE**

**Condizioni di priorità: situazione personale/famigliare del bambino**

Bambino portatore di handicap certificato legge 104/92 AMMESSO DI DIRITTO	<input type="checkbox"/>
Bambino con particolari problemi psico-fisici (documentazione sanitaria)	<input type="checkbox"/>
Bambino in adozione o affido preadottivo	<input type="checkbox"/>
Bambino in affido familiare	<input type="checkbox"/>

**Famiglia monogenitoriale** (Circolare INPS n.8/2003): nella famiglia è presente un solo genitore, e limitatamente ai seguenti casi l'assegnazione del relativo punteggio è prevista solo per le situazioni accertabili):

mancanza della figura materna/paterna a causa di decesso, carcerazione, istituzionalizzazione	<input type="checkbox"/>
mancanza della figura materna/paterna a causa di separazione legale e/o divorzio (la separazione di fatto dei genitori coniugati, documentabile solo con una diversa residenza anagrafica degli stessi non dà diritto all'assegnazione di un punteggio)	<input type="checkbox"/>
mancanza della figura materna/paterna a causa di affidamento esclusivo del figlio per sentenza del tribunale ad un solo genitore	<input type="checkbox"/>
mancanza della figura materna/paterna a causa di non riconoscimento del bambino da parte dell'altro genitore (le convivenze con nuovo/a compagno/a vengono ritenute come presenza nel nucleo familiare dei due genitori)	<input type="checkbox"/>

(Ai fini del punteggio, la famiglia è considerata composta da un solo genitore soltanto nel caso in cui ricorra una delle condizioni sopraelencate **documentate** ed in assenza di convivenza con nuovo compagno o compagna.

**Fratelli conviventi**

Nome e Cognome	Data di nascita	
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda per gemelli</b>	<input type="checkbox"/>
La madre è in stato di gravidanza (documentazione sanitaria)	<input type="checkbox"/>

**Casi di grave infermità o invalidità certificati che necessitano di assistenza**

Cognome e Nome	Grado di parentela	Grado di invalidità	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

## B) SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA

**PADRE** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

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

Residente (solo se non convivente con il/1 figlio/a per cui viene presentata la domanda)

a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### Occupazione

Professione \_\_\_\_\_ Denominazione Ditta \_\_\_\_\_

Indirizzo della Ditta \_\_\_\_\_ tel. Ditta \_\_\_\_\_

Orario di lavoro settimanale: dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ // dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

Turni (orari) \_\_\_\_\_

### Tipologia lavorativa

### Numero di ore lavorative settimanali

Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	Dalle 35 alle 40 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>	Dalle 30 alle 34 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Lavoratore a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>	Dalle 18 alle 29 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Lavoratore a tempo determinato	<input type="checkbox"/>	Meno di 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>

*compresi i lavoratori con incarico annuale in ambito scolastico, lavoratori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzato, lavoro interinale, servizio civile). L'orario degli insegnanti statali a tempo-pieno è fissato convenzionalmente in 35 ore settimanali.*

Data assunzione \_\_\_\_\_ Scadenza contratto \_\_\_\_\_

### Occupazioni e/o lavoro stagionale

Lavoratore occupato in supplenze e/o lavori stagionali	<input type="checkbox"/>
Per periodi superiori ai 4 mesi nell'anno solare	<input type="checkbox"/>
Per periodi inferiori ai 4 mesi nell'anno solare	<input type="checkbox"/>

### Disagi di lavoro

*(i punteggi riferiti ai disagi non si possono sommare ma si terrà conto di quello più alto)*

Assente dalla famiglia per lavoro, studio, tirocinio, stage, servizio civile	<input type="checkbox"/>
Da 3 a 5 gg. la settimana per periodi complessivi superiori ai 6 mesi	<input type="checkbox"/>
Da 1 a 2 gg la settimana per periodi complessivi inferiori ai 6 mesi	<input type="checkbox"/>
Assenza continuativa per periodi complessivi pari ad almeno 4 mesi	<input type="checkbox"/>
Pendolare (distanza km tra il Comune di residenza e il luogo di lavoro oltre i 50 km)	<input type="checkbox"/>

Lavoratore senza sede fissa (spostamenti quotidiani e abituali a distanze superiori ai 50 km) ( <i>rappresentanti, agenti di commercio, assimilati</i> )	<input type="checkbox"/>
Lavoratore turnista con impegno notturno: turno notturno compreso tra le ore _____ e le ore _____	<input type="checkbox"/>
Lavoratore con reperibilità distribuita sulle 24 ore (dal lunedì al venerdì) almeno due volte al mese	<input type="checkbox"/>
Lavoratore part-time con orari disagiati (turni differenziati nell'arco delle 24 ore) _____	<input type="checkbox"/>

### Per i non residenti nel Comune di Mirandola

Svolge attività di lavoro nel Comune di Mirandola	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

### Lavoratore non occupato

In cassa integrazione, in mobilità o licenziamento:	<input type="checkbox"/>
• cassa integrazione parziale -----	<input type="checkbox"/>
• cassa integrazione a <b>zero</b> ore -----	<input type="checkbox"/>
• mobilità o licenziamento	<input type="checkbox"/>
Iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi Specificare _____	<input type="checkbox"/>
Iscrizione certificata al centro per l'Impiego (ex Collocamento)	<input type="checkbox"/>
Non iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi	<input type="checkbox"/>
Non iscritto al Centro per l'impiego (ex Collocamento)	<input type="checkbox"/>
Stato di disoccupazione non riconosciuto o in condizioni non professionali ( <i>occupato in attività domestiche, pensionato, ecc.</i> )	<input type="checkbox"/>

### Studente

Studente	<input type="checkbox"/>
Studente lavoratore	<input type="checkbox"/>

Regolarmente iscritto a: \_\_\_\_\_  
(vengono considerati solo i corsi di scuola pubblica o pareggiata dell'obbligo, media superiore, Università con attestazione di almeno n. 2 esami svolti nell'ultimo Anno Accademico, o scuole di specializzazione, o formazione)–(la presente dichiarazione viene verificata presso l'Istituto o Università indicata: il richiedente può comunque presentare copia del proprio libretto universitario)

Senza obbligo di frequenza	<input type="checkbox"/>
Con obbligo di frequenza o tirocinio obbligatorio	<input type="checkbox"/>
Fino ad un massimo di 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Oltre le 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>

(Per gli studenti lavoratori, al punteggio assegnato per la categoria di studente andrà sommato il punteggio previsto per la categoria di lavoratore)

**MADRE** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente (solo se non convivente con il/1 figlio/a per cui viene presentata la domanda)

a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### Occupazione

Professione \_\_\_\_\_ Denominazione Ditta \_\_\_\_\_

Indirizzo della Ditta \_\_\_\_\_ tel. Ditta \_\_\_\_\_

**Orario di lavoro settimanale:** dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ // dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

**Turni (orari)** \_\_\_\_\_

### Tipologia lavorativa

### Numero di ore lavorative settimanali

Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>		Dalle 35 alle 40 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>		Dalle 30 alle 34 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Lavoratore a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>		Dalle 18 alle 29 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Lavoratore a tempo determinato	<input type="checkbox"/>		Meno di 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>

*compresi i lavoratori con incarico annuale in ambito scolastico, lavoratori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzato, lavoro interinale, servizio civile). L'orario degli insegnanti statali a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 35 ore settimanali.*

Data assunzione \_\_\_\_\_ Scadenza contratto \_\_\_\_\_

### Occupazioni e/o lavoro stagionale

<b>Lavoratore occupato in supplenze e/o lavori stagionali</b>	<input type="checkbox"/>
Per periodi superiori ai 4 mesi nell'anno solare	<input type="checkbox"/>
Per periodi inferiori ai 4 mesi nell'anno solare	<input type="checkbox"/>

### Disagi di lavoro

*(i punteggi riferiti ai disagi non si possono sommare. Si considererà la caratteristica con il punteggio più alto)*

<b>Assente dalla famiglia per lavoro, studio, tirocinio, stage, servizio civile:</b>	<input type="checkbox"/>
Da 3 a 5 gg. la settimana per periodi complessivi superiori ai 6 mesi	<input type="checkbox"/>
Da 1 a 2 gg la settimana per periodi complessivi inferiori ai 6 mesi	<input type="checkbox"/>
Assenza continuativa per periodi complessivi pari ad almeno 4 mesi	<input type="checkbox"/>
Pendolare (distanza kilomtrica tra il Comune di residenza e il luogo di lavoro - solo andata - oltre i 50 km)	<input type="checkbox"/>

Lavoratore senza sede fissa (spostamenti quotidiani e abituali a distanze superiori ai 50 km) ( <i>rappresentanti, agenti di commercio, assimilati</i> )	<input type="checkbox"/>
Lavoratore turnista con impegno notturno: turno notturno compreso tra le ore _____ e le ore _____	<input type="checkbox"/>
Lavoratore con reperibilità distribuita sulle 24 ore (dal lunedì al venerdì) almeno due volte al mese	<input type="checkbox"/>
Lavoratore part-time con orari disagiati (turni differenziati nell'arco delle 24 ore) _____	<input type="checkbox"/>

### Per i non residenti nel Comune di Mirandola

Svolge attività di lavoro nel Comune di Mirandola	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

### Lavoratore non occupato

In cassa integrazione, in mobilità o licenziamento:	<input type="checkbox"/>
• cassa integrazione parziale -----	<input type="checkbox"/>
• cassa integrazione a <b>zero</b> ore -----	<input type="checkbox"/>
• mobilità o licenziamento	<input type="checkbox"/>
Iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi Specificare _____	<input type="checkbox"/>
Iscrizione certificata al centro per l'Impiego (ex Collocamento)	<input type="checkbox"/>
Non iscritto in graduatorie per supplenze e incarichi	<input type="checkbox"/>
Non iscritto al Centro per l'impiego (ex Collocamento)	<input type="checkbox"/>
Stato di disoccupazione non riconosciuto o in condizioni non professionali ( <i>occupato in attività domestiche, pensionato, ecc.</i> )	<input type="checkbox"/>

### Studente

Studente	<input type="checkbox"/>
Studente lavoratore	<input type="checkbox"/>

Regolarmente iscritto a: \_\_\_\_\_

(vengono considerati solo i corsi di scuola pubblica o pareggiata dell'obbligo, media superiore, Università con attestazione di almeno n. 2 esami svolti nell'ultimo Anno Accademico, o scuole di specializzazione, o formazione) **-(la presente dichiarazione viene verificata presso l'Istituto o Università indicata: il richiedente può comunque presentare copia del proprio libretto universitario)**

Senza obbligo di frequenza	<input type="checkbox"/>
Con obbligo di frequenza o tirocinio obbligatorio	<input type="checkbox"/>
Fino ad un max di 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
Oltre le 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>

(Per gli studenti lavoratori, al punteggio assegnato per la categoria di studente andrà sommato il punteggio previsto per la categoria di lavoratore)

## C) AFFIDABILITA' EXTRA-FAMIGLIARE

**NONNO PATERNO** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Pensionato  Occupato:  Professione \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

Deceduto	<input type="checkbox"/>
Inesistente	<input type="checkbox"/>

### 1. Sussistono condizioni di impossibilità ad affidare il bambino, per il seguente motivo:

impedito fisicamente con invalidità pari o superiore al 67% certificata	<input type="checkbox"/>
affetto da gravi patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
ospite di struttura per anziani	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 70 anni ( <i>71 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando</i> )	<input type="checkbox"/>
Residente oltre i 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Occupato per lavoro a tempo pieno ( <i>oltre le 26 ore settimanali</i> ) o in cassa integrazione	<input type="checkbox"/>
accudisce coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67% certificata Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>

### 2. Sussistono condizioni di estrema difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:

parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66% certificata	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 65 anni ( <i>66 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando</i> )	<input type="checkbox"/>
residente dagli 11 ai 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
occupato per lavoro part-time ( <i>entro le 26 ore settimanali</i> ) o in cassa integrazione a zero ore o mobilità	<input type="checkbox"/>
accudisce genitore e/o ultraottantenne Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>
accudisce altro nipote non inserito in strutture scolastiche Nome e Cognome _____ Residenza _____ Età _____	<input type="checkbox"/>

### 3. Sussistono condizioni di difficoltà ad affidare il bambino perché:

occupato per lavoro saltuario	<input type="checkbox"/>
Residente dai 5 ai 10 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Non disponibile ad occuparsi del bambino	<input type="checkbox"/>

**NONNA PATERNA** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Pensionato  Occupato:  Professione \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

Deceduto	<input type="checkbox"/>
Inesistente	<input type="checkbox"/>

**4. Sussistono condizioni di impossibilità ad affidare il bambino, per il seguente motivo:**

impedito fisicamente con invalidità pari o superiore al 67% certificata	<input type="checkbox"/>
affetto da gravi patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
ospite di struttura per anziani	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 70 anni (71 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando)	<input type="checkbox"/>
Residente oltre i 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Occupato per lavoro a tempo pieno (oltre le 26 ore settimanali) o in cassa integrazione	<input type="checkbox"/>
accudisce coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67% certificata Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>

**5. Sussistono condizioni di estrema difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:**

parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66% certificata	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 65 anni (66 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando)	<input type="checkbox"/>
residente dagli 11 ai 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
occupato per lavoro part-time (entro le 26 ore settimanali) o in cassa integrazione a zero ore o mobilità	<input type="checkbox"/>
accudisce genitore e/o ultraottantenne Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>
accudisce altro nipote non inserito in strutture scolastiche Nome e Cognome _____ Residenza _____ Età _____	<input type="checkbox"/>

**6. Sussistono condizioni di difficoltà ad affidare il bambino perché:**

occupato per lavoro saltuario	<input type="checkbox"/>
Residente dai 5 ai 10 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Non disponibile ad occuparsi del bambino	<input type="checkbox"/>



**NONNO MATERNO** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Pensionato  Occupato:  Professione \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

Deceduto	<input type="checkbox"/>
Inesistente	<input type="checkbox"/>

**7. Sussistono condizioni di impossibilità ad affidare il bambino, per il seguente motivo:**

impedito fisicamente con invalidità pari o superiore al 67% certificata	<input type="checkbox"/>
affetto da gravi patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
ospite di struttura per anziani	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 70 anni (71 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando)	<input type="checkbox"/>
Residente oltre i 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Occupato per lavoro a tempo pieno (oltre le 26 ore settimanali) o in cassa integrazione	<input type="checkbox"/>
accudisce coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67% certificata Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>

**8. Sussistono condizioni di estrema difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:**

parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66% certificata	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 65 anni (66 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando)	<input type="checkbox"/>
residente dagli 11 ai 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
occupato per lavoro part-time (entro le 26 ore settimanali) o in cassa integrazione a zero ore o mobilità	<input type="checkbox"/>
accudisce genitore e/o ultraottantenne Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>
accudisce altro nipote non inserito in strutture scolastiche Nome e Cognome _____ Residenza _____ Età _____	<input type="checkbox"/>

**9. Sussistono condizioni di difficoltà ad affidare il bambino perché:**

occupato per lavoro saltuario	<input type="checkbox"/>
Residente dai 5 ai 10 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Non disponibile ad occuparsi del bambino	<input type="checkbox"/>

**NONNA MATERNA** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Pensionato  Occupato:  Professione \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

Deceduto	<input type="checkbox"/>
Inesistente	<input type="checkbox"/>

**10. Sussistono condizioni di impossibilità ad affidare il bambino, per il seguente motivo:**

impedito fisicamente con invalidità pari o superiore al 67% certificata	<input type="checkbox"/>
affetto da gravi patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
ospite di struttura per anziani	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 70 anni (71 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando)	<input type="checkbox"/>
Residente oltre i 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Occupato per lavoro a tempo pieno (oltre le 26 ore settimanali) o in cassa integrazione	<input type="checkbox"/>
accudisce coniuge e/o parente convivente o non, con invalidità pari o superiore al 67% certificata Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>

**11. Sussistono condizioni di estrema difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:**

parzialmente impedito fisicamente perché affetto da patologie certificate: _____	<input type="checkbox"/>
parzialmente impedito fisicamente per invalidità dal 33% al 66% certificata	<input type="checkbox"/>
anziano oltre i 65 anni (66 compiuti entro l'anno solare di emissione del Bando)	<input type="checkbox"/>
residente dagli 11 ai 20 km di distanza	<input type="checkbox"/>
occupato per lavoro part-time (entro le 26 ore settimanali) o in cassa integrazione a zero ore o mobilità	<input type="checkbox"/>
accudisce genitore e/o ultraottantenne Nome e Cognome _____ Residenza _____ Grado di parentela _____	<input type="checkbox"/>
accudisce altro nipote non inserito in strutture scolastiche Nome e Cognome _____ Residenza _____ Età _____	<input type="checkbox"/>

**12. Sussistono condizioni di difficoltà ad affidare il bambino perché:**

occupato per lavoro saltuario	<input type="checkbox"/>
Residente dai 5 ai 10 km di distanza	<input type="checkbox"/>
Non disponibile ad occuparsi del bambino	<input type="checkbox"/>

## D) CONDIZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

### **Allego certificazione ISEE**

*La presentazione della certificazione ISEE è facoltativa. Qualora non venga trasmessa non sarà attribuito l'eventuale diritto di precedenza fra coloro che risulteranno a parità di punteggio.*

*La certificazione Isee da diritto a una riduzione della retta se il valore rientra nei parametri stabiliti (informativa allegati A e B)*

---

### **Esclusivamente per i bambini nati nel 2020, indicare:**

richiesta di ammissione per settembre 2020

richiesta di ammissione per dicembre 2020 o gennaio 2021

---

### **ALTRE NOTIZIE O SEGNALAZIONI CHE IL GENITORE RITIENE NECESSARIO FORNIRE (preferenza periodo di inserimento, intolleranze, o altro):**

---

---

---

---

---

### **OBBLIGATORIETA' DELLE VACCINAZIONI NEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA - Legge 31 Luglio 2017, n. 119.**

Il sottoscritto genitore dichiara:

di essere a conoscenza circa l'obbligatorietà delle vaccinazioni e di impegnarsi a sottoporre la/il bambina/o, per cui si presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente;

che il Servizio Educativi 0/6 anni può acquisire le informazioni relative all'assolvimento dell'obbligo vaccinale direttamente presso l'AUSL per gli iscritti all'anagrafe vaccinale della Regione E/R;

**Il/la sottoscritto/a**

**PRENDE ATTO CHE:**

1. **L'assegnazione al nido viene fatta dai Servizi Educativi 0/6 anni** tenendo conto nel limite del possibile delle preferenze espresse dai genitori, compatibilmente con i posti disponibili in ogni struttura e con le necessità organizzative del servizio.

2. **La scelta della tipologia di frequenza (tempo-pieno o tempo-parziale)** espressa dal genitore è **vincolante** e, una volta scaduto il termine delle iscrizioni e assegnati i posti al nido, è modificabile solo qualora non comporti trasferimenti in altre sezioni o in altro nido e, comunque con le necessità organizzative del servizio.

3. **Nel caso in cui non venga indicata nessuna tipologia di frequenza o alcuna preferenza di struttura, l'assegnazione al Nido sarà effettuata a discrezione dei Servizi Educativi 0/6**
4. In caso di mancato pagamento delle rette di nido, l'Unione, dopo sollecito formale, provvederà alla riscossione coattiva delle somme dovute.
5. I dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla Privacy;
6. Il trattamento dei dati raccolti dagli interessati finalizzato alla determinazione delle graduatorie per l'accesso ai Nidi, viene effettuato ai sensi del D.LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e sue modificazioni e integrazioni.

**DICHIARA CHE**

- ❖ **QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO.**
- ❖ Autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati.
- ❖ Si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dallo Sportello Territoriale Istruzione nell'ambito di tali verifiche.
- ❖ È consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di attestazioni e mendaci dichiarazioni e che la riscontrata non veridicità dei dati dichiarati, ovvero la mancata esibizione della relativa documentazione, in seguito a richiesta dell'Ente, comporta la retrocessione in graduatoria, nonché la segnalazione alla Procura della Repubblica, presso il Tribunale competente.
- ❖ È a conoscenza delle disposizioni legislative in materia di vaccinazioni obbligatorie.
- ❖ È a conoscenza dell'informativa contenuta in Guida all'Iscrizione Anno Scolastico 2020/2021 (Allegato A) e "Il Sistema Tariffario dei Nidi d'Infanzia" (Allegato B).
- ❖ Si impegna, ad ammissione avvenuta, al pagamento delle rette di nido con le modalità e i tempi che saranno indicati dall'Unione.

**Il richiedente, dopo aver concordato con l'altro genitore (COOBBLIGATO al pagamento della retta), deve indicare sin da ora che l'intestatario del bollettino di pagamento è:**

- Padre
- Madre
- Non sussistono soggetti coobbligati al pagamento delle rette (famiglia monogenitoriale documentata)**

**Il richiedente deve indicare se altri figli fruiscono già dei servizi scolastici dell'Unione e quali \_\_\_\_\_**

Firma del/la dichiarante

Mirandola, li \_\_\_\_\_

**Per informazioni e per consegnare il modulo d'iscrizione rivolgersi a:**

**Sportello Territoriale Istruzione ufficio nr 9** presso il Comune di Mirandola  
via Giolitti 22, tel. 0535/29773-29712

e-mail [rosalba.pinti@unioneareanord.mo.it](mailto:rosalba.pinti@unioneareanord.mo.it)

nei seguenti orari:

martedì dalle 8,30 alle 14,00

giovedì dalle 8,30 alle 13,30 e dalle 15,00 alle 18,00

sabato dalle 8,30 alle 13,00

**Informativa di cui all'art.13 del Regolamento U.E. n°679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

A norma di quanto prescritto dal Regolamento U.E. n. 2016/679 (art. 13) e dal D.Lgs. n. 196/2003 (art. 13), La informiamo che il titolare del trattamento dei dati è l'**UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD** con sede in viale Rimembranze n. 19, Medolla - @ [unione@unioneareanord.mo.it](mailto:unione@unioneareanord.mo.it) - @ cert. [unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it](mailto:unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it) - W. [www.unioneareanord.mo.it](http://www.unioneareanord.mo.it).

Il Responsabile del trattamento dei dati è il **RESPONSABILE DEL SERVIZIO "ACCESSO AI SERVIZI, INTEGRAZIONE, QUALIFICAZIONE E ORIENTAMENTO"**, **DOTT.SSA MARINA CAFFAGNI**  
- tel. 0535 412934

[marina.caffagni@unioneareanord.mo.it](mailto:marina.caffagni@unioneareanord.mo.it) - @cert. [unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it](mailto:unioneareanord@cert.unioneareanord.mo.it).

I dati personali sono raccolti dal Servizio **"ACCESSO AI SERVIZI, INTEGRAZIONE, QUALIFICAZIONE E ORIENTAMENTO"** esclusivamente per lo svolgimento dell'attività di competenza e per lo svolgimento di funzioni istituzionali e vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il conferimento dei tali dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio. L'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti potrebbe comportare l'applicazione di sanzioni amministrative e l'accertamento d'ufficio dei dati necessari ai procedimenti e alle funzioni previste dalla legge.

I dati raccolti potranno essere comunicati o trasmessi ai soggetti previsti dalla Legge n. 241/1990 sull'accesso agli atti Amministrativi, ovvero a tutti coloro che ne hanno un interesse diretto, concreto, attuale, e corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa in parola e dei diritti del soggetto controinteressato; ai soggetti previsti dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013 disciplinante l'istituto dell'accesso civico generalizzato, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa in parola e dei diritti del soggetto controinteressato; ad altri Enti Pubblici se la comunicazione è prevista da disposizioni di legge; ad altri soggetti Pubblici previa motivata richiesta e per ragioni istituzionali dell'Ente; a soggetti privati quando previsto da norme di legge, solo in forma anonima e aggregata. I dati potranno essere altresì pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ente - sezione Amministrazione Trasparente, laddove ciò sia previsto dalle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013.

I dati possono essere conosciuti dal Responsabile del trattamento e dagli incaricati del Servizio e saranno conservati nel rispetto dei termini previsti dal Piano di Conservazione dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord, consultabile sul sito Internet istituzionale dell'Ente. L'interessato ha il diritto di richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento stesso, oltre al diritto alla portabilità dei medesimi dati.

Eventuali reclami andranno proposti all'**AUTORITÀ DI CONTROLLO, GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI** - Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 Roma - T. 06 696771 - F. 06 696773785 - @ [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it) - @cert. [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) - W. [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

**firma consenso al trattamento dei dati personali**

---





Unione Comuni Modenesi Area Nord

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

SPORTELLO TERRITORIALE ISTRUZIONE MIRANDOLA

*Si comunica ai genitori che per tutelare i dati personali dei richiedenti l'iscrizione al nido, verrà stilata la graduatoria utilizzando come identificativo il numero di protocollo della domanda.*

**OCCORRE CONSERVARE IL NUMERO DI PROTOCOLLO** e la ricevuta di avvenuta consegna al fine di verificare, al momento della pubblicazione della graduatoria, il punteggio raggiunto e la relativa posizione.

Ricevuta di avvenuta consegna della domanda di iscrizione al nido d'infanzia per l' A.E. 2020-

2021 di .....

Firma dell'operatore dello sportello

.....