

**AL SIG. SINDACO  
COMUNE DI MANFREDONIA  
ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI**

**SERVIZIO DI ASILO NIDO**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 20\_/20\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

in qualità di (padre/madre/tutore/rappresentante legale) del /i minore/i (in caso di gemelli):  
(barrare la voce interessata)

nato/i \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

L'ammissione al nido nella seguente struttura:

(esprimere la preferenza)

**1° VIA DAUNIA**    

**2° VIA FLORIO**    

**con uscita preferibilmente alle ore 13,30**

(barrare solo in caso di uscita anticipata rispetto al normale orario stabilito per le ore 16,00)

N.B: La preferenza dell'Asilo nido, riferita alla struttura d'accoglienza, espressa nella domanda, non è un vincolo per l'Amministrazione Comunale che si riserva la facoltà di effettuare gli inserimenti, a seconda della disponibilità dei posti, tenendo conto delle esigenze dei singoli nuclei per quanto possibile.

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali conseguenti alla non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese in autocertificazione (articoli 75 e 76 del T.U. D.P.R. n. 445 del 28.12.2000);

**DICHIARA**

**(ai sensi dell'art. 46 del T.U. D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

che nel proprio NUCLEO FAMILIARE vi sono, oltre al dichiarante, i seguenti componenti:

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>

## DICHIARA INOLTRE

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del T.U. D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

( barrare la voce che interessa )

- che è  separato/a     divorziato/a     vedovo/a
- che **il minore**, per problematiche socio-sanitarie o patologie, è seguito dal servizio territoriale dell'A.U.S.L. FG/2
- che il minore presenta problemi di allergie o intolleranze alimentari;
- che il minore è in affido o adozione con atto ufficiale a decorrere dal .....
- che **il nucleo familiare** è seguito dal Servizio Sociale del Comune .....
- che all'interno del nucleo familiare (escluso il minore) è presente una persona con invalidità del 100% riconosciuta dalla A.U.S.L. FG/2 (allegare verbale di commissione medica).
- che nel nucleo è presente la seguente ulteriore situazione:
- gravidanza (certificata)**
  - minore in lista d'attesa** (non valido per il corrente anno scolastico)
  - altro da specificare** \_\_\_\_\_

### Che la l'attuale situazione lavorativa è la seguente:

LAVORO PADRE (o chi ne fa le veci)	LAVORO MADRE (o chi ne fa le veci)
Dipendente (fino all'ex funzionario) <input type="checkbox"/>	Dipendente (fino all'ex funzionario) <input type="checkbox"/>
Dipendente (dirigente) <input type="checkbox"/>	Dipendente (dirigente) <input type="checkbox"/>
Artigiano senza dipendenti <input type="checkbox"/>	Artigiano senza dipendenti <input type="checkbox"/>
Artigiano con dipendenti <input type="checkbox"/>	Artigiano con dipendenti <input type="checkbox"/>
Commerciante senza dipendenti <input type="checkbox"/>	Commerciante senza dipendenti <input type="checkbox"/>
Commerciante con dipendenti <input type="checkbox"/>	Commerciante con dipendenti <input type="checkbox"/>
Autonomo (con attività iniziata da massimo 15 mesi) <input type="checkbox"/>	Autonomo (con attività iniziata da massimo 15 mesi) <input type="checkbox"/>
Autonomo <input type="checkbox"/>	Autonomo <input type="checkbox"/>
Gestore albergo (fino alle 2 stelle) <input type="checkbox"/>	Gestore albergo (fino alle 2 stelle) <input type="checkbox"/>
Gestore albergo (dalle 3 stelle) <input type="checkbox"/>	Gestore albergo (dalle 3 stelle) <input type="checkbox"/>
Agente e Rappresentante di commercio <input type="checkbox"/>	Agente e Rappresentante di commercio <input type="checkbox"/>
Coltivatore diretto <input type="checkbox"/>	Coltivatore diretto <input type="checkbox"/>
Impresa familiare <input type="checkbox"/>	Impresa familiare <input type="checkbox"/>
Libero professionista <input type="checkbox"/>	Libero professionista <input type="checkbox"/>
Collaborazioni coordinate continuative <input type="checkbox"/>	Collaborazioni coordinate continuative <input type="checkbox"/>
Prestazioni professionali occasionali <input type="checkbox"/>	Prestazioni professionali occasionali <input type="checkbox"/>
Autonomo stagionale <input type="checkbox"/>	Autonomo stagionale <input type="checkbox"/>
Laureato iscritto alla specializzazione (con divieto normativo di lavoro dipendente o autonomo )	Laureata iscritta alla specializzazione (con divieto normativo di lavoro dipendente o autonomo )
Laurea.....Specializzazione..... <input type="checkbox"/>	Laurea.....Specializzazione..... <input type="checkbox"/>

Laureato Tirocinante/Praticante (senza vincoli di esercizio lavorativo) Laurea.....Tir/Prat.c/o..... <input type="checkbox"/>	Laureata Tirocinante/Praticante (senza vincolo di esercizio lavorativo) Laurea.....Tir/Prat.c/o..... <input type="checkbox"/>
Studente: <input type="checkbox"/> Facoltà o Istituto.....	Studentessa: <input type="checkbox"/> Facoltà o Istituto .....
Lavoro saltuario o dipendente stagionale (almeno 90 gg. nell'anno) <input type="checkbox"/>	Lavoro saltuario o dipendente stagionale (almeno 90 gg. nell'anno) <input type="checkbox"/>
Iscritto graduatoria supplenti <input type="checkbox"/>	Iscritta graduatoria supplenti <input type="checkbox"/>
Iscritto al Centro Territoriale per l'Impiego <input type="checkbox"/>	Iscritta al Centro Territoriale per l'Impiego <input type="checkbox"/>
Pensionato <input type="checkbox"/>	Pensionata <input type="checkbox"/>
Casalingo <input type="checkbox"/>	Casalinga <input type="checkbox"/>
Altro <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

Di essere dipendente a tempo determinato e/o con contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa per il seguente periodo di lavoro:

Inferiore ai 6 mesi <input type="checkbox"/>	Inferiore ai 6 mesi <input type="checkbox"/>
Dai 6 mesi a 1 anno <input type="checkbox"/>	Dai 6 mesi a 1 anno <input type="checkbox"/>

### Di effettuare il seguente ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE

Lavoro esclusivamente notturno <input type="checkbox"/>	Lavoro esclusivamente notturno <input type="checkbox"/>
Oltre le 32 ore <input type="checkbox"/>	Oltre le 32 ore <input type="checkbox"/>
Dalle 24 alle 31 ore <input type="checkbox"/>	Dalle 24 alle 31 ore <input type="checkbox"/>
Dalle 17 alle 23 ore <input type="checkbox"/>	Dalle 17 alle 23 ore <input type="checkbox"/>
Fino alle 16 ore <input type="checkbox"/>	Fino alle 16 ore <input type="checkbox"/>

### Di Lavorare presso la Ditta/Ente:

(SEDE DI LAVORO)

Denominazione.....	Denominazione .....
Città .....	Città.....
distante da Manfredonia km*.....	distante da Manfredonia km*.....

\* Tragitti rapportati alla carta stradale T.C.I.

**N.B.** i dati contenuti nell'autocertificazione devono essere riferiti alla data di compilazione della presente e vengono forniti sotto la personale responsabilità del dichiarante.

L'Amministrazione Comunale provvederà alla verifica di quanto dichiarato (art. 71 e seguenti del DPR n. 445 del 28.12.2000) e, qualora non risultasse veritiera, il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, art. 75 DPR 445 del 21/12/2000 (esclusione dalla graduatoria).

Informativa relativamente alla legge 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

I dati personali saranno trattati dal Comune di Manfredonia unicamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (artt. 27 e 22/comma 3), normativi e contrattuali, fermo restando che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Data .....

\_\_\_\_\_  
Firma dichiarante

Il minore ha un fratello/sorella \_\_\_\_\_ che frequenterà,  
nell'A.S. \_\_\_\_\_, l'asilo nido di Via \_\_\_\_\_

- Come ha appreso della presenza sul territorio del servizio di asilo nido?  
Mediante \_\_\_\_\_
- Conosce già il servizio di asilo nido?  
No   
Si  solo la struttura esterna  sia la struttura che il funzionamento  
 attraverso l'esperienza riferita da altri
- Per quale motivo è interessato/a al servizio di asilo nido  
 Motivi lavorativi  assenza di rete parentale  offrire al bambino/a  
opportunità socio-educative  per assenza di altre soluzioni organizzative  
personali.
- Ritiene adeguato l'orario del servizio di asilo nido 8:00 -16:00?  si  no  
Se no quale fascia oraria ritiene opportuna per le sue esigenze? \_\_\_\_\_

## **ISTRUTTORIA ISTANZA**

(a cura dell'Ufficio)

---

---

---

---

---

---

---

### **VALUTAZIONE**

REDDITO € \_\_\_\_\_ FASCIA \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO \_\_\_\_\_ POSIZIONE N. \_\_\_\_\_

RETTA € \_\_\_\_\_