

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO ASILO NIDO
RIAPERTURA TERMINI ANNO EDUCATIVO 2011/2012**

DATI ANAGRAFICI DEL/LA BAMBINO/A per il quale si chiede l'ammissione:

COGNOME _____ NOME _____ M F

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA: Indirizzo _____ n° _____ **COMUNE** _____

CAP _____ TEL.abitazione _____ C.F. _____

DOMICILIO: Indirizzo _____ n° _____ **COMUNE** _____

CAP _____ TEL.abitazione _____ C.F. _____

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI:

PADRE:

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____

C.F. _____

Telefono _____

E-mail _____

MADRE:

COGNOME _____

NOME _____

NATA A _____

C.F. _____

Telefono _____

E-mail _____

ALTRI NUMERI TELEFONICI PER REPERIBILITA' URGENTE _____

IN CASO DI GEMELLI: indicare nome e cognome del fratello e/o sorella per il/la quale si chiede

l'ammissione: _____

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'ammissione del/della proprio/a figlio/a _____ **al Servizio Asilo Nido del Comune** di Pescantina, dichiarando di accettare ed attenersi alle norme ed al Regolamento del Servizio.

***** A titolo indicativo** comunica che preferirebbe usufruire del servizio presso:

- il nido "ROSAPESCO" di Via Pozze 4
- il nido "I MULINI DELL'ADIGE" di Via Belvedere 30

con orario dal lunedì al venerdì:

- dalle ore 7.30 alle ore 13.00
- dalle ore 7.30 alle ore 15.50
- dalle ore 7.30 e necessità di prolungamento fino alle ore 17.30

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*** Le indicazioni di cui sopra saranno tenute in considerazione compatibilmente con i posti disponibili presso le due strutture.

ETA'

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

PUNTEGGIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art.46 – 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n° _____

A conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del suddetto D.P.R.

DICHIARO

COMPOSIZIONE E SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE
NEL QUALE E' COMPRESO IL/LA BAMBINO/A PER IL QUALE SI PRESENTA
LA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL/LA BAMBINO/A
Bambino/a			#####

CHE LA DATA PRESUNTA DEL PARTO E' _____

Barrare le caselle relative alle situazioni da dichiarare:

N.			PUNTI
1	Disabilità psicofisica bimbo certificata (documentata da ULSS)	<input type="checkbox"/>	PRIORITA'
2	Grave situazione di disagio sociale certificata dal servizio sociale	<input type="checkbox"/>	PRIORITA'
3	Nucleo in cui è presente un solo genitore: <ul style="list-style-type: none">• Per vedovanza o riconosciuto da 1 solo genitore• Per separazione legale o divorzio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Punti 10 Punti 5
4	Presenza nel nucleo familiare di n. ___ persone con invalidità superiore al 66% (D.L.gs. 108/98 e succ. modif.) – da documentare con certificato attestante il grado di invalidità	<input type="checkbox"/>	Punti 5 cadauno
5	Per n. ___ genitore/i lavoratore/i dipendente/i a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	Punti 5 cadauno
6	Per n. ___ genitore/i lavoratore/i dipendente/i part-time	<input type="checkbox"/>	Punti 4 cadauno
7	Per n. ___ genitore/i lavoratore/i autonomo/i	<input type="checkbox"/>	Punti 4 cadauno
8	Per n. ___ genitore/i studente/i in regolare corso di studi e non lavoratore/i	<input type="checkbox"/>	Punti 4 cadauno
9	Per ogni ulteriore figlio in età prescolare n. _____	<input type="checkbox"/>	Punti 2 cadauno
10	Per ogni fratello gemello – che presenta istanza di iscrizione	<input type="checkbox"/>	Punti 4 cadauno

VACCINAZIONI

DICHIARO che il bambino per il quale chiedo l'inserimento all'Asilo Nido

verrà sottoposto a tutte le vaccinazioni obbligatorie per legge.

non verrà sottoposto ad alcune vaccinazioni obbligatorie e quindi dichiaro:

1. di essere consapevole dei danni che potrebbe cagionare alla salute di mio/a figlio/a la mancata somministrazione di una o più vaccinazioni obbligatorie per legge;
2. di essere consapevole che, qualora mio/a figlio/a contraesse una delle malattie per le quali vige l'obbligo di vaccinazione, la responsabilità sarà esclusivamente della mancata vaccinazione, pertanto nessuna responsabilità potrà essere addebitata all'Amministrazione comunale.

Pescantina, li _____

IL/LA DICHIARANTE
