



## Informazioni sul bambino/a

Cognome e nome del pediatra \_\_\_\_\_ Tel. Ambulatorio \_\_\_\_\_

Il bambino/a è in affido familiare? SI  NO

Notizie sullo stato generale di salute del bambino/a (segnalare eventuali condizioni fisiche o psichiche quali handicap (*allegare certificazione*), allergie, altro \_\_\_\_\_

Ha frequentato altri servizi per l'infanzia? SI  NO

Se SI, quale? \_\_\_\_\_

Era in lista d'attesa nel servizio comunale/statale l'anno precedente e non inserito? SI  NO

## Informazioni sul nucleo familiare

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare? SI  NO

In caso di risposta negativa specificare la situazione: separazione, divorzio, decesso, carcerazione, altro (*allegare documentazione*) \_\_\_\_\_

### ALTRI FIGLI:

anno di nascita \_\_\_\_\_ scolarizzato SI  NO  Scuola \_\_\_\_\_

anno di nascita \_\_\_\_\_ scolarizzato SI  NO  Scuola \_\_\_\_\_

anno di nascita \_\_\_\_\_ scolarizzato SI  NO  Scuola \_\_\_\_\_

anno di nascita \_\_\_\_\_ scolarizzato SI  NO  Scuola \_\_\_\_\_

E' in corso una nuova gravidanza? SI  NO  (*allegare certificazione*)

Se si, la nascita è prevista per il mese di \_\_\_\_\_

Tra i familiari conviventi o domiciliati nel Comune di residenza vi è qualcuno non istituzionalizzato in stato di invalidità grave o cronica, o necessiti di assistenza continua, o abbia una certificazione ai sensi della L. 104/92? SI  NO  (*allegare certificazione*)

L'eventuale assistenza è affidata ai genitori? SI  NO

Annotazioni aggiuntive \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dati relativi al padre e alla madre**  
**compilare in ogni parte in modo leggibile ai fini dell'attribuzione del punteggio.**  
**Laddove non vi sia nessuna indicazione il punteggio sarà pari a zero.**

PADRE	MADRE
Professione _____	Professione _____
Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/>	Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/>
Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Coadiuvante <input type="checkbox"/>	Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Coadiuvante <input type="checkbox"/>
Pensionato/Inabile <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>	Pensionato/Inabile <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>
Altro _____ <input type="checkbox"/>	Altro _____ <input type="checkbox"/>
Ente o Ditta _____	Ente o Ditta _____
Sede _____	Sede _____
Tel. _____	Tel. _____
Totale ore lavorative settimanali _____	Totale ore lavorative settimanali _____
Lavoratore a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/>	Lavoratore a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/>
Lavoratore a Tempo Determinato <input type="checkbox"/>	Lavoratore a Tempo Determinato <input type="checkbox"/>
Dal _____ al _____	Dal _____ al _____
Altro _____	Altro _____

**Dati relativi ai nonni**

NONNO PATERNO	NONNO MATERNO
Cognome e Nome _____	Cognome e Nome _____
Nato a _____ il _____	Nato a _____ il _____
Residenza _____	Residenza _____
Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/>	Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/>
Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>	Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>
Invalido (*) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/>	Invalido (*) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/>
Ditta e sede _____	Ditta e sede _____
Istituzionalizzato o impegnato ad accudire familiari bisognosi di assistenza (*) <input type="checkbox"/>	Istituzionalizzato o impegnato ad accudire familiari bisognosi di assistenza (*) <input type="checkbox"/>
NONNA PATERNA	NONNA MATERNA
Cognome e Nome _____	Cognome e Nome _____
Nato a _____ il _____	Nato a _____ il _____
Residenza _____	Residenza _____
Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/>	Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/>
Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>	Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>
Invalida (*) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/>	Invalida (*) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/>
Ditta e sede _____	Ditta e sede _____
Istituzionalizzata o impegnata ad accudire familiari bisognosi di assistenza (*) <input type="checkbox"/>	Istituzionalizzata o impegnata ad accudire familiari bisognosi di assistenza (*) <input type="checkbox"/>

(\*) *allegare certificazione*

## Servizi aggiuntivi

Le richieste di Servizi Integrativi quali Ingresso Anticipato, Tempo prolungato, Trasporto scolastico e Tempo Estivo potranno essere inoltrate in appositi moduli e nelle modalità che vi verranno comunicate successivamente.

### Elenco Documenti (Certificati) Allegati

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a genitore del/la bambino/a per il/la quale si inoltra la domanda di ammissione alla Scuola dell'Infanzia, i cui dati anagrafici sono resi noti nell'apposita sezione del modulo, DICHIARA che quanto afferma in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero e di essere consapevole che la legge sull'autocertificazione prevede la possibilità di eseguire controlli, per cui il Comune di Bibbiano e l'Istituto comprensivo di Montecchio potranno:

- richiedere la presentazione di documenti a conferma di quanto dichiarato dal/dalla sottoscritto/a;
- svolgere accertamenti avvalendosi delle strutture competenti nel caso in cui le informazioni fornite siano insufficienti;
- potrà applicare sanzioni (non ammissione al servizio, penalizzazioni di punteggio, ecc.) oltre all'eventuale denuncia penale se risultasse falso quanto dichiarato dal/dalla sottoscritto/a;

si impegna pertanto a produrre i documenti eventualmente richiesti.

DICHIARA inoltre, ai sensi del D.lgs 196/2003, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati dal Comune di Bibbiano e dall'Istituto comprensivo di Montecchio anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'organizzazione dei Servizi per l'Infanzia e quindi del procedimento per cui le presenti dichiarazioni vengono rese. Il dichiarante potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del decreto citato.

DICHIARA infine di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_

#### RISERVATO ALL'UFFICIO

Si attesta, ai sensi del DPR 455/2000, che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e sulla possibile decadenza del diritto di assegnazione del servizio richiesto.  
Bibbiano

L'IMPIEGATO/A

\_\_\_\_\_

#### IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Occorre firmare davanti all'incaricato dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico al momento della presentazione della domanda, nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri si deve allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

Esprimo infine il più ampio consenso a ricevere informazioni dal Comune di Bibbiano sull'attività dell'Amministrazione agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_