

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*)

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 zero

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

Dati relativi ai nonni

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

(*) *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. Fotocopia della carta di identità
2. Fotocopia del codice fiscale
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 _____

<p>RISERVATO ALL'UFFICIO</p> <p>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</p> <p>L'IMPIEGATO/A</p> <p>_____</p>	<p>IL/LA DICHIARANTE</p> <p>_____</p> <p>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.</p>
--	---

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 _____