



COMUNE DI FANANO

Provincia di Modena
AREA AFFARI GENERALI
Ufficio Scuola

P.zza G. Marconi 1 – 41021 Fanano (Mo)

Tel. 0536 68803 int. 241

E -mail: scuola@comune.fanano.mo.it

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
Anno educativo 2020/2021

Da presentare entro il 15 maggio 2020

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
RECAPITO TEL.	MAMMA PAPA'
E mail	
Domicilio (da indicare solo se diverso dalla residenza	

CHIEDE

PER L'ANNO EDUCATIVO 2020/2021
L'AMMISSIONE AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

DATI DEL BAMBINO/A

DEL BAMBINO/A	
COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
NAZIONALITA'	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
EVENTUALI DISABILITA' In caso affermativo allegare certificazione medica	SI NO

Fatte salve eventuali disposizioni ministeriali e/o regionali riferite all'Emergenza Coronavirus, IL SERVIZIO E' APERTO DAL MESE DI SETTEMBRE 2020 FINO ALLA META' DEL MESE DI LUGLIO DELL'ANNO SUCCESSIVO, OLTRE UN ULTERIORE MESE COME PROLUNGAMENTO ESTIVO.

SERVIZIO ED ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI
(BARRARE LE CASELLE INTERESSATE)

SERVIZIO MICRO NIDO "L'Isola che c'è"

- Tempo pieno (dalle ore 7,45 alle ore 16.15)
- Tempo parziale (dalle ore 7,45 alle ore 13.15)
- Part time verticale (dalle ore 7,45 alle ore 13,15)
per n. ___ giorni la settimana e precisamente il _____
- Part time verticale (dalle ore 7,45 alle ore 16,15)
per n. ___ giorni la settimana e precisamente il _____

DISPONIBILITA' ALLA FREQUENZA dal mese di: _____

SERVIZI INTEGRATIVI

- Spazio bambini (dalle ore 8:30 alle ore 11:30) per n. _____ giorni la settimana
- Centro Bambini e famiglie (2 sabati mattina al mese dalle 9,00 alle 12.00)
- Prolungamento (indicativamente 14 luglio - 13 agosto 2021, **dalle ore 8:00 alle 13:15**)
- Prolungamento (indicativamente 14 luglio - 13 agosto 2021, **dalle ore 8:00 alle 16:15**)

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 455 e ss.mm.ii, consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 dello stesso, in caso di attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE:**

SITUAZIONE FAMILIARE

DATI DELL'ALTRO GENITORE

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
RECAPITO TEL.	MAMMA PAPA'
E mail	
Domicilio (da indicare solo se diverso dalla residenza)	

SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA

PADRE:

<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Altro specificare	<u>NOTE X UFFICIO</u>
PROFESSIONE:			
DITTA (ragione sociale e indirizzo):			
SEDE DI LAVORO (se diversa da quella della ditta):			
TEL. DITTA:			
<input type="checkbox"/> CONTRATTO A TEMPO PIENO <input type="checkbox"/> CONTRATTO PART-TIME			
ORARIO DI LAVORO: SETTIMANALE dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ Turni (specificare orari) _____			

MADRE:

<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Altro specificare _____	NOTE X UFFICIO
PROFESSIONE:			
DITTA (ragione sociale e indirizzo)			
SEDE DI LAVORO (se diversa da quella della ditta):			
TEL. DITTA:			
<input type="checkbox"/> CONTRATTO A TEMPO PIENO <input type="checkbox"/> CONTRATTO PART-TIME			
ORARIO DI LAVORO: SETTIMANALE dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ Turni (specificare orari) _____			

AFFIDABILITA' EXTRA-FAMIGLIARE

NONNO PATERNO: Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ Residente a _____ _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : <i>(Denominazione e indirizzo)</i> _____ INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> % _____ <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/> Altro Disponibilità ad occuparsene a tempo pieno NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ Altro _____	NOTE X UFFICIO
---	---------------------------

NONNA PATERNA: Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ Residente a _____ _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : <i>(Denominazione e indirizzo)</i> _____ INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> % _____ <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/> Altro Disponibilità ad occuparsene a tempo pieno NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ residente distante KM. _____ ▪ pedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ Altro _____	NOTE X UFFICIO
---	---------------------------

NONNO MATERNO: Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ Residente a _____ _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : <i>(Denominazione e</i>	NOTE X UFFICIO
---	---------------------------

indirizzo) _____

INVALIDITA' no Sì % _____

deceduto

Altro

Disponibilità ad occuparsene **NO** **SI**

Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:

- residente distante KM. _____
- Impedito fisicamente con invalidità _____
- Accudisce coniuge/parente con invalidità _____

Altro _____

NONNA MATERNA: Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

PENSIONATO sì no

LAVORATORE sì no Tempo pieno Part time Presso Ditta : (Denominazione e indirizzo) _____

INVALIDITA' no Sì % _____

deceduto

Altro

Disponibilità ad occuparsene **NO** **SI**

Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:

- residente distante KM. _____
- Impedito fisicamente con invalidità _____
- Accudisce coniuge/parente con invalidità _____

Altro _____

**NOTE X
UFFICIO**

PRENDE ATTO CHE:

1. I posti disponibili presso il micro nido sono n.12 (i genitori possono scegliere la tipologia di servizio tra Tempo Pieno, Part – Time, Tempo Verticale e Spazio Bambini).
2. Qualora le domande di accesso pervenute nei termini di apertura delle iscrizioni siano maggiori dei posti disponibili, un' apposita Commissione esaminerà le domande ed elaborerà la graduatoria di ammissione sulla base dei criteri previsti dall'art. 17 del Regolamento Comunale per il funzionamento dei servizi alla prima infanzia (0-3 anni), approvato con atto deliberativo di C.C. n. 26 del 15.05.2018. La graduatoria sarà approvata con apposito atto di Giunta Comunale.
3. I bambini possono frequentare i servizi per la prima infanzia dal compimento del 9° mese di vita tranne che lo Spazio Bambini, per cui è necessario il compimento di un anno di età;
4. Le tariffe sono determinate annualmente dalla Giunta Comunale, per l'a.s. 2020/2021 risultano essere le seguenti, salvo eventuali contributi statali o regionali che possano rideterminare i costi dei servizi:

TIPOLOGIA SERVIZIO	SPECIFICAZIONI	TARIFFA
MICRO NIDO (compresa ristorazione)	Tempo Pieno 7:45 – 16:15	€ 300,00 MENSILE
MICRO NIDO (compresa ristorazione)	Tempo Parziale 7:45 – 13:15	€ 210,00 MENSILE
MICRO NIDO (compresa ristorazione)	Part time verticale 7:45 – 13:15	2 GIORNI € 84,00 MENSILE
		3 GIORNI € 126,00 MENSILE
		4 GIORNI € 168,00 MENSILE
MICRO NIDO (compresa ristorazione)	Part time verticale 7:45 – 16:15	2 GIORNI € 120,00 MENSILE
		3 GIORNI € 180,00 MENSILE
		4 GIORNI € 240,00 MENSILE
SPAZIO BAMBINI 8,30 -11,30 (senza ristorazione)	3 GIORNI A SETTIMANA	€ 70,00 MENSILE
	5 GIORNI A SETTIMANA	€ 100,00 MENSILE
CENTRO BAMBINI E FAMIGLIE SABATO 9:00 – 12:00 (senza ristorazione)	1 SABATO A SETTIMANA	€ 100,00 ANNUALE
	1 SABATO OGNI DUE SETTIMANE	€ 50,00 ANNUALE
PROLUNGAMENTO MICRO NIDO	8:00 – 13:15	€ 210,00

16 LUGLIO – 14 AGOSTO (compresa ristorazione)	8:00 - 16:15	€ 300,00
--	--------------	----------

DICHIARA ALTRESI'

- che quanto affermato in ogni parte della presente istanza corrisponde al vero;
- di essere a conoscenza che l'inosservanza degli obblighi previsti in materia vaccinale (Legge n. 119 /2017) determina l'esclusione dal servizio;
- di essere a conoscenza che i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali, come previsto dal Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale tuttora vigente. Titolare del trattamento è il Comune di Fanano. I dati, compresi quelli sensibili, potranno essere comunicati per gli adempimenti procedurali a soggetti pubblici , a soggetti privati gestori del servizio, al personale responsabile della mensa scolastica;
- di essere a conoscenza delle norme per il funzionamento dei servizi disciplinate con il "Regolamento dei servizi educativi per la prima infanzia (0-3)" approvato con atto deliberativo di C.C. n. 26 del 15.05.2018, che gli è stato consegnato;
- di essere a conoscenza che le informazioni fornite in calce alla presente costituiscono comunicazione dell'avvio del procedimento ai sensi della L. n. 241/1990 e s.m.;
- di impegnarsi a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'Ufficio Scuola del Comune, nell'ambito delle verifiche istruttorie;
- di impegnarsi, ad ammissione avvenuta, al pagamento delle tariffe di frequenza con le modalità e i tempi indicati dall'Amministrazione Comunale.

AUTORIZZA

Il Comune di Fanano ad effettuare tutte le comunicazioni e/o informazioni istituzionali dell'Ente mediante e – mail all'indirizzo indicato, in sostituzione del cartaceo.

Fanano, li _____

Firma del/la dichiarante

Allegati: copia di documento di identità in corso di validità.

INFORMAZIONI PER LA COMUNICAZIONE DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO (L. 241/90 e s.m.)

1. la pratica è stata assegnata all'Ufficio Scuola; responsabile del procedimento è la Sig.ra Tagliani Deanna;
2. per l'eventuale visione degli atti inerenti alla pratica, ci si potrà rivolgere direttamente presso l'Ufficio sopra citato ai recapiti: 0536/68803 int. 241 e scuola@comune.fanano.mo.it, cui potranno essere consegnate memorie scritte e documenti pertinenti, che verranno valutati nell'istruttoria della pratica.