



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
A.S. 2018 /2019**

DA PRESENTARE ENTRO IL 10 AGOSTO 2018

IL/LA SOTTOSCRITTO/A IN QUALITA' DI GENITORE

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
RECAPITO TEL.	MAMMA PAPA'
E mail	

CHIEDE

**L'AMMISSIONE AL SERVIZIO PER LA PRIMA INFANZIA MICRO NIDO "L'Isola che c'è"
PER L'A.S. 2018/2019 DEL PROPRIO BAMBINO/A**

DATI DEL BAMBINO/A

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	

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
- Part time verticale (dalle ore 7,45 alle ore 16,15) per n. _____ giorni la settimana

DISPONIBILITA' ALLA FREQUENZA dal mese di: _____

La frequenza ai servizi Tempo Pieno, Part-time e Tempo Verticale è possibile dal 9° mese di vita.

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 16 luglio - 14 agosto 2019, **dalle ore 8.00 alle 13.15**)
- Prolungamento (indicativamente 16 luglio - 14 agosto 2019, **dalle ore 8.00 alle 16.15**)

DISPONIBILITA' ALLA FREQUENZA dal mese di: _____

La frequenza allo Spazio Bambini è possibile dal compimento di un anno di età.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 455 e ss.mm.ii, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

SITUAZIONE FAMILIARE

Grado di Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Professione
Padre				
Madre				
Figlio/a				
Figlio/a				
Figlio/a				
Altro				
Altro				

SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA

PADRE

<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Altro specificare	NOTE X UFFICIO
PROFESSIONE			
DITTA Denominazione			
INDIRIZZO/SEDE DI LAVORO			
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 Denominazione			
INDIRIZZO/SEDE DI LAVORO			
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

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

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

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

<p>NONNA MATERNA: Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ Residente a _____ Via _____ n° _____</p> <p>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 : (Denominazione e indirizzo) _____ INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> % _____ <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/> Altro Disponibilità ad occuparsene no <input type="checkbox"/> sì <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 _____</p>	<p>NOTE X UFFICIO</p>
---	----------------------------------

ALTRE NOTIZIE O SEGNALAZIONI CHE IL GENITORE RITIENE NECESSARIO FORNIRE:

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

1. I posti disponibili presso il micro nido sono n. 14 (i genitori possono scegliere la tipologia di servizio tra Tempo Pieno, Part – Time, Tempo Verticale e Spazio Bambini);
2. 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;
3. Le tariffe sono determinate annualmente dalla Giunta Comunale. Per l'a.s. 2018/2019 risultano essere le seguenti:

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 16 LUGLIO – 14 AGOSTO (compresa ristorazione)	8.00 – 13.15	€ 210,00	
	8.00 - 16.15	€ 300,00	

4. 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 mi è stato consegnato;
5. 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.
6. 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.;

SI IMPEGNA

- a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'Ufficio Scuola del Comune, nell'ambito delle verifiche istruttorie;
- ad ammissione avvenuta, al pagamento delle tariffe di frequenza con le modalità e i tempi indicati dall'Amministrazione Comunale.

Fanano, li _____

Firma del/lla dichiarante

ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LA FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PERL'INFANZIA - (L.R. 19/2016 – Deliberazione G.R. 2301/2016)

DA COMPILARE FINO A QUANDO E' IN VIGORE LA NORMATIVA VIGENTE.

Il genitore sopra generalizzato **SI IMPEGNA** a sottoporre la/il bambina/o per cui presenta la domanda, alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e

- ◇ autorizza L'Ufficio Scuola del Comune di Fanano ad acquisire l'idoneità di frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni, direttamente presso l'Azienda USL di competenza;

oppure

- ◇ si impegna a presentare direttamente all'Ufficio Scuola del Comune di Fanano il certificato vaccinale prima della data dell'inserimento del proprio figlio al servizio.

CONSAPEVOLE che, in caso di NON ottemperanza e SENZA motivazione sanitaria (autorizzata dalla pediatria di comunità previa presentazione di certificato rilasciato dal pediatra di libera scelta) sarà preclusa la frequenza al servizio.

Fanano, li _____

Firma del/lla dichiarante

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.