



SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA
Anno educativo 2023/2024
DOMANDA DI ISCRIZIONE

Da presentare entro il 15 MARZO 2023

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Recapito telefonico	
e-mail	
PEC (eventuale)	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza)	

**CHIEDE L'AMMISSIONE
AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA PER L'ANNO EDUCATIVO 2023/2024:**

- PRIMA ISCRIZIONE**
 CONFERMA ISCRIZIONE (per coloro che risultano frequentanti)

DEL MINORE:

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Nazionalità	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Eventuali disabilità In caso affermativo allegare certificazione l. 104/92	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



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

1. SERVIZIO MICRO NIDO

- Tempo pieno / full-time (dalle ore 7,45 alle ore 16,15)
 Tempo parziale / part-time (dalle ore 7,45 alle ore 13,15)

A PARTIRE DAL MESE DI:

- Settembre 2023:
 Altro (specificare): _____

Nel caso di richiesta di iscrizione al tempo pieno e qualora i posti disponibili per il full-time siano esauriti, il genitore è disponibile a frequentare il nido in modalità part-time?
(ATTENZIONE: la mancata risposta è considerata come indisponibilità alla frequenza a tempo parziale):

- Sì
 No

2. SERVIZI INTEGRATIVI (da attivarsi con numero minimo di 5 bambini)

- 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 (dalle ore 8,00 alle ore 13,15)
 Prolungamento (dalle ore 8,00 alle ore 16,15)

A tal fine, 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 (in caso di mono-genitorialità, barrare la casella sottostante):

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Recapito telefonico	
E-mail	
PEC (eventuale)	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza)	

CONDIZIONE DI MONOGENITORIALITA' (solo in caso di affidamento esclusivo a un genitore; figli riconosciuti da un solo genitore; decesso di un genitore)

- SÌ
 NO



ALTRI FIGLI (escluso quello per cui si fa domanda)	
Da 0 a 10 anni di età	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
Da 11 a 16 anni di età	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
DOMANDE PER GEMELLI (l'altro gemello non deve essere conteggiato tra i fratelli) <input type="checkbox"/>	
STATO DI GRAVIDANZA DELLA MADRE In caso di risposta affermativa, allegare il certificato medico (se gemelli punteggio doppio) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CASI DI INVALIDITA' ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE (escluso il minore per cui si fa domanda) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO In caso di risposta affermativa, indicare quali: <input type="checkbox"/> Invalidità dal 33% al 45% <input type="checkbox"/> Invalidità dal 46% al 67% <input type="checkbox"/> Invalidità superiore al 67% <input type="checkbox"/> Invalidità pari al 100% (Da documentare con certificazione dell'organismo sanitario competente all'accertamento)	

SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA

PADRE:

<input type="checkbox"/> Contratto a tempo pieno
<input type="checkbox"/> Contratto a tempo parziale: <input type="checkbox"/> da 35 a 29 ore <input type="checkbox"/> da 28 a 24 ore <input type="checkbox"/> da 23 a 19 ore <input type="checkbox"/> da 18 a 15 ore <input type="checkbox"/> meno di 15 ore Se specifica che: - per i lavoratori dipendenti e con contratti di formazione si considera l'orario contrattuale (esclusi straordinari) - per i lavoratori autonomi si considera l'orario effettivo dell'attività svolta;
<input type="checkbox"/> Lavoratore senza fissa dimora (autotrasportatori, agenti di commercio, informatori farmaceutici, ...)
<input type="checkbox"/> Lavoratore a turni settimanali di lavoro sulle 24 ore (si considera impegno notturno quello di almeno 4 ore nella fascia orario 22.00 – 06.00 per un periodo di almeno sei mesi all'anno)
<input type="checkbox"/> Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 6 mesi in un anno Specificare: _____
<input type="checkbox"/> Assenza dalla famiglia da 3 a 5 giorni alla settimana per un periodo complessivo superiore a 6 mesi in un anno
<input type="checkbox"/> Condizione di lavoratore/studente – studente/lavoratore: <input type="checkbox"/> SCUOLA: _____ <input type="checkbox"/> UNIVERSITA': _____
<input type="checkbox"/> Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di lavoro (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)



<input type="checkbox"/> Disoccupati senza documentazione o in attesa di occupazione (situazione di mobilità, iscrizione in graduatoria per supplenze o incarichi, iscrizione al centro per l'impiego effettuata entro la scadenza del bando, idoneità conseguita in un concorso pubblico risalente a non più di 2 anni dalla scadenza del bando)
<input type="checkbox"/> Disoccupati senza documentazione e soggetti in condizione non professionale (casalinghe, pensionati, ...)
<input type="checkbox"/> Studenti (iscrizione a corsi di studio riconosciuti, facoltà universitarie, dottorati di ricerca, scuole di specializzazione, praticantati): <input type="checkbox"/> con obbligo di frequenza <input type="checkbox"/> senza obbligo di frequenza
<input type="checkbox"/> Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di studio (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)

MADRE:

<input type="checkbox"/> Contratto a tempo pieno
<input type="checkbox"/> Contratto a tempo parziale: <input type="checkbox"/> da 35 a 29 ore <input type="checkbox"/> da 28 a 24 ore <input type="checkbox"/> da 23 a 19 ore <input type="checkbox"/> da 18 a 15 ore <input type="checkbox"/> meno di 15 ore <i>Se specifica che:</i> - per i lavoratori dipendenti e con contratti di formazione si considera l'orario contrattuale (esclusi straordinari) - per i lavoratori autonomi si considera l'orario effettivo dell'attività svolta;
<input type="checkbox"/> Lavoratore senza fissa dimora (autotrasportatori, agenti di commercio, informatori farmaceutici, ...)
<input type="checkbox"/> Lavoratore a turni settimanali di lavoro sulle 24 ore (si considera impegno notturno quello di almeno 4 ore nella fascia orario 22.00 – 06.00 per un periodo di almeno sei mesi all'anno)
<input type="checkbox"/> Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 6 mesi in un anno Specificare: _____
<input type="checkbox"/> Assenza dalla famiglia da 3 a 5 giorni alla settimana per un periodo complessivo superiore a 6 mesi in un anno
<input type="checkbox"/> Condizione di lavoratore/studente – studente/lavoratore: <input type="checkbox"/> SCUOLA: _____ <input type="checkbox"/> UNIVERSITA': _____
<input type="checkbox"/> Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di lavoro (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)
<input type="checkbox"/> Disoccupati senza documentazione o in attesa di occupazione (situazione di mobilità, iscrizione in graduatoria per supplenze o incarichi, iscrizione al centro per l'impiego effettuata entro la scadenza del bando, idoneità conseguita in un concorso pubblico risalente a non più di 2 anni dalla scadenza del bando)
<input type="checkbox"/> Disoccupati senza documentazione e soggetti in condizione non professionale (casalinghe, pensionati, ...)
<input type="checkbox"/> Studenti (iscrizione a corsi di studio riconosciuti, facoltà universitarie, dottorati di ricerca, scuole di specializzazione, praticantati): <input type="checkbox"/> con obbligo di frequenza <input type="checkbox"/> senza obbligo di frequenza
<input type="checkbox"/> Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di studio (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)

AFFIDABILITA' EXTRA-FAMIGLIARE

NONNO PATERNO: Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____
--



Residente a _____ Via _____ n° _____
PENSIONATO sì no
LAVORATORE sì no Tempo pieno Part time
INVALIDITA' no sì % _____
 deceduto
 Altro
Disponibilità ad occuparsi del minore NO SI
In caso di risposta negativa, indicare i motivi:

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

NONNA PATERNA:
Cognome e Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
PENSIONATO sì no
LAVORATORE sì no Tempo pieno Part time
INVALIDITA' no sì % _____
 deceduto
 Altro
Disponibilità ad occuparsi del minore NO SI
In caso di risposta negativa, indicare i motivi:

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

NONNO MATERNO:
Cognome e Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
PENSIONATO sì no
LAVORATORE sì no Tempo pieno Part time
INVALIDITA' no sì % _____
 deceduto
 Altro
Disponibilità ad occuparsi del minore NO SI
In caso di risposta negativa, indicare i motivi:

- 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

INVALIDITA' no sì % _____

deceduto

Altro

Disponibilità ad occuparsi del minore NO SI

In caso di risposta negativa, indicare i motivi:

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

SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

VALORE ISEE in corso di validità pari ad € _____, come da allegata attestazione.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE (barrare ogni casella):

- Il micro nido è organizzato in un'unica sezione, può ospitare contemporaneamente n. 14 bambini (elevabili a massimo n. 16, applicando l'aumento del 15% previsto dalle vigenti normative) ed è attivo per n. 5 giorni la settimana dal lunedì al venerdì compresi;
- Fatte salve eventuali disposizioni governative e/o regionali, il servizio è aperto indicativamente dalla metà del mese di settembre 2023 fino alla metà di luglio 2024, con possibilità di prolungamento per un ulteriore mese, se sono presenti sufficienti iscrizioni;
- 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;
- 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;
- Le tariffe sono rimodulate annualmente dalla Giunta Comunale, tenuto conto degli eventuali contributi statali e/o regionali concessi al Comune;
- L'inosservanza degli obblighi previsti in materia vaccinale determina l'esclusione dal servizio;
- 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 del servizio di ristorazione scolastica;

- Le informazioni fornite in calce alla presente costituiscono comunicazione dell'avvio del procedimento ai sensi della L. n. 241/1990 e s.m.;

DICHIARA INFINE (barrare ogni casella):

- Che quanto affermato in ogni parte della presente istanza corrisponde al vero;
- Di aver preso visione del "Regolamento dei servizi educativi per la prima infanzia (0-3)" approvato con atto deliberativo di C.C. n. 26 del 15.05.2018 e pubblicato sul portale "eCivis";
- Di impegnarsi a produrre i documenti eventualmente richiesti dai competenti uffici comunali, nell'ambito delle verifiche istruttorie;
- Di autorizzare il Comune di Fanano ad effettuare tutte le comunicazioni e/o informazioni istituzionali inerenti il servizio mediante posta elettronica all'indirizzo indicato, a totale sostituzione del cartaceo.

Fanano, lì _____

Firma del/la dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI:

1. Copia di documento di identità in corso di validità (per i nuovi iscritti);
2. Certificato vaccinale del minore (per i nuovi iscritti);
3. Attestazione ISEE in corso di validità; l'attestazione non risulta necessaria ai fini dell'iscrizione ma è fondamentale ai fini dell'applicazione delle rette ridotte: per tale motivo può essere presentata anche in un momento successivo e, in ogni caso, entro il primo mese di frequenza (in caso di mancata attestazione ISEE verrà applicata la tariffa intera; si specifica che il valore ISEE non costituisce un indicatore rilevante ai fini del punteggio per l'eventuale graduatoria);
4. Eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità del minore (L.104/92) e/o casi di invalidità all'interno del nucleo familiare;
5. Eventuale certificazione sullo stato di gravidanza.

**INFORMAZIONI PER LA COMUNICAZIONE DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO
(L. 241/1990 e ss.mm.ii.)**

1. La pratica è stata assegnata agli uffici dell'Area Affari Generali; responsabile del procedimento è il Responsabile dell'Ufficio Scuola Turismo Cultura, dott. Marco Bortoluzzi;
2. Per l'eventuale visione degli atti inerenti alla pratica, o per consegnare memorie scritte e documenti pertinenti, che verranno valutati nell'istruttoria della pratica, ci si potrà rivolgere direttamente presso gli uffici citati ai recapiti:
 - Telefono: 0536 / 68803, interno 220 o 237;
 - E-mail: scuola@comune.fanano.mo.it, cui potranno essere