



SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA  
Anno educativo 2024/2025  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**Da presentare entro il 15 MARZO 2024**

**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) |  |

**CHIEDEL'AMMISSIONE  
AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA PER L'ANNO EDUCATIVO 2024/2025:**

- 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<br>In caso affermativo allegare<br>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 2024:  
 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 MOGEGENITORIALITA'** (solo in caso di affidamento esclusivo a un genitore; figli riconosciuti da un solo genitore; decesso di un genitore)

- SÌ  
 NO



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

## SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA

### PADRE:

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



|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Disoccupati senza documentazione o in attesa di occupazione</b> (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"/> <b>Disoccupati senza documentazione e soggetti in condizione non professionale</b> (casalinghe, pensionati, ...)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Studenti</b> (iscrizione a corsi di studio riconosciuti, facoltà universitarie, dottorati di ricerca, scuole di specializzazione, praticantati):<br><input type="checkbox"/> con obbligo di frequenza<br><input type="checkbox"/> senza obbligo di frequenza   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di studio</b> (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)  |

**MADRE:**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Contratto a tempo pieno</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Contratto a tempo parziale:</b><br><input type="checkbox"/> da 35 a 29 ore<br><input type="checkbox"/> da 28 a 24 ore<br><input type="checkbox"/> da 23 a 19 ore<br><input type="checkbox"/> da 18 a 15 ore<br><input type="checkbox"/> meno di 15 ore<br>Se specifica che:<br>- per i lavoratori dipendenti e con contratti di formazione si considera l'orario contrattuale (esclusi straordinari)<br>- per i lavoratori autonomi si considera l'orario effettivo dell'attività svolta; |
| <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore senza fissa dimora</b> (autotrasportatori, agenti di commercio, informatori farmaceutici, ...)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore a turni settimanali di lavoro sulle 24 ore</b> (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"/> <b>Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a 6 mesi in un anno</b><br>Specificare: _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Assenza dalla famiglia da 3 a 5 giorni alla settimana per un periodo complessivo superiore a 6 mesi in un anno</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Condizione di lavoratore/studente – studente/lavoratore:</b><br><input type="checkbox"/> SCUOLA: _____<br><input type="checkbox"/> UNIVERSITA': _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di lavoro</b> (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Disoccupati senza documentazione o in attesa di occupazione</b> (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"/> <b>Disoccupati senza documentazione e soggetti in condizione non professionale</b> (casalinghe, pensionati, ...)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Studenti</b> (iscrizione a corsi di studio riconosciuti, facoltà universitarie, dottorati di ricerca, scuole di specializzazione, praticantati):<br><input type="checkbox"/> con obbligo di frequenza<br><input type="checkbox"/> senza obbligo di frequenza  |
| <input type="checkbox"/> <b>Pendolarità tra il luogo di residenza e il luogo di studio</b> (il punteggio sarà attribuito solo per distanze superiori a 20 km)   |

**AFFIDABILITA' EXTRA-FAMIGLIARE**

|  |
|--|
| <b>NONNO PATERNO:</b><br>Cognome e Nome _____<br><br>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 e può ospitare contemporaneamente n. 18 bambini, di cui 16 a tempo pieno e 2 a tempo parziale;
- Il micro nido 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 2024 fino alla metà di luglio 2025, 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 del responsabile del servizio;
- I bambini possono frequentare i servizi per la prima infanzia dal compimento del 9° mese di vita;
- 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. 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);
3. Eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità del minore (L.104/92) e/o casi di invalidità all'interno del nucleo familiare;
4. 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](mailto:scuola@comune.fanano.mo.it)