

COMUNE DI FUCECCHIO

Città Metropolitana di Firenze

Domanda di iscrizione ai nidi d'infanzia - Anno Educativo 2020/2021

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di
genitore/tutore/affidatario

CHIEDE

Domanda di iscrizione

Domanda di riconferma*

DICHIARA la presenza in lista d'attesa nel precedente anno educativo

*In caso di **domanda di riconferma** compilare solo i dati anagrafici del bambino, dei genitori/del tutore/del o degli affidatari, il nido e l'orario scelto.

Informazioni sul bambino

Nome _____ Cognome _____ Sesso[F] [M]

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in via/p.za _____ N° _____

Comune di _____ Prov. _____

Presenza di handicap o gravi problemi di sviluppo (**Allegare Certificazione**)

Gravi problematiche di natura sociale nella famiglia

(**Allegare certificazione rilasciata dai Servizi Sociali**)

Informazioni sulla madre

Nome _____ Cognome _____

Nata a _____ Prov. _____ il _____

Residente in via/p.za _____

Comune di _____ Prov. _____ tel. _____

E-mail _____ Cod. Fisc. _____

Informazioni sul padre

Nome _____ Cognome _____

Nata a _____ Prov. _____ il _____

Residente in via/p.za _____

Comune di _____ Prov. _____ tel. _____

E-mail _____ Cod. fisc. _____

In caso di ammissione chiede che pagamento della retta mensile sia intestato a:

Padre Madre Altro

IN CASO DI DOMANDA DI RICONFERMA DEL PRECEDENTE ANNO, PASSARE DIRETTAMENTE ALLA COMPILAZIONE DELLA PAGINA 5.

Stato civile dei genitori (in relazione al bambino per cui si chiede l'iscrizione):

M P

- Coniugato o convivente;
- Separato legalmente o divorziato;
- Celibe/nubile non convivente con riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore;
- Separato/a legalmente o divorziata/o, ove sia dimostrata l'effettiva assenza dell'altro genitore dalle responsabilità genitoriali;
- Nubile/Celibe non convivente con riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore, ove sia dimostrata l'effettiva assenza dell'altro genitore dalle responsabilità genitoriali;
- Vedova/o;
- Nubile/celibe/divorziata/o non convivente senza riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore.

Condizione lavorativa dei genitori:

MADRE:

Descrizione dell'attività lavorativa: _____

Dipendente autonomo

Ditta, ente o altro: _____

Indirizzo: _____ Tel: _____

PADRE:

Descrizione dell'attività lavorativa: _____

Dipendente autonomo

Ditta, ente o altro: _____

Indirizzo: _____ Tel: _____

M P

- Invalidità/disabilità o handicap (Allegare Certificazione)
- Lavoro stabile/precario a tempo pieno (con contratto in essere \geq a 6 mesi)
- Lavoro stabile/precario a part-time (con contratto in essere \geq a 6 mesi) sino al 50% del tempo pieno
- Lavoro stabile/precario a part-time (con contratto in essere \geq a 6 mesi) sino al 85% del tempo pieno
- Lavoro saltuario con almeno 6 mesi di attività lavorativa svolta negli ultimi 2 anni (calcolati a far data dall'ultimo giorno utile per le iscrizioni)
- Iscrizione al Centro per l'impiego - con dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro - realizzata negli ultimi 4 anni (calcolati a far data dal 29 febbraio immediatamente antecedente l'iscrizione al nido d'infanzia) con svolgimento di attività lavorativa negli ultimi 2 anni (calcolati a far data dall'ultimo giorno utile per le iscrizioni)
- Iscrizione al Centro per l'impiego - con dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro - realizzata negli ultimi 4 anni (calcolati a far data dal 29 febbraio immediatamente antecedente l'iscrizione al nido d'infanzia) senza svolgimento di attività lavorativa negli ultimi 2 anni (calcolati a far data dall'ultimo giorno utile per le iscrizioni)
- Iscrizione liste di mobilità
- Condizione di studente in regolare corso di studi (scuola media superiore, corso di laurea, corso specializzazione e perfezionamento post-laurea, corso di formazione professionale finanziato o riconosciuto dalla Regione Toscana di durata pari o superiore a 400 ore e assimilati) o svolgimento di tirocinio post-laurea
- Casalinga/o o pensionata/o

Sede operativa di lavoro

Lavoro dipendente con contratto in essere pari o superiore a 6 mesi o lavoro autonomo nel caso in cui sia documentato che la maggior parte dell'attività lavorativa si svolge presso la sede indicata.

Dall'indirizzo di residenza:

M P

- Fino a Km 15
- Da Km 15,01 a Km 30
- Da Km 30,01 a Km 50
- Da Km 50,01 a Km 100
- Oltre Km 100

Orario di lavoro

Lavoro dipendente con contratto in essere pari o superiore a 6 mesi o lavoro autonomo nel caso in cui sia documentato l'orario effettivamente svolto:

M P

- Orario spezzato su almeno 4 giorni a settimana con pausa pari o superiore a 1 ora
- Orario notturno unico o a turni (almeno il 30% del tempo di lavoro mensile si svolge nella fascia oraria 20.00-8.00)
- Pernottamento fuori casa: almeno 2 pernottamenti a settimana
- Orario unico

Nucleo familiare:

Madre Padre Figlio (per il quale si richiede l'iscrizione)

Altro figlio:

Età 0-3

Età 4-10

Età 11-15

Condizione del nucleo familiare:

- orfanità di entrambi i genitori con affidamento del bambino ai nonni
- Minore età della madre
- Minore età del padre
- Affidamento
- Adozione
- Condizione di handicap di altro figlio (Allegare Certificazione)
- Gravidanza in corso della madre (Allegare Certificato medico)
- Cura da parte di un genitore di un familiare (nonno/a bisnonno/a e zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente con il nucleo familiare del bambino (Allegare Certificazione)
- Cura da parte di un genitore di un familiare (nonno/a bisnonno/a e zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente entro 20 Km dalla propria abitazione (Allegare Certificazione)

Dati anagrafici e condizione dei Nonni:

Nonna materna:

Nome: _____ Cognome: _____ data nascita: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Prov.: _____

Se lavora indicare l'attività lavorativa _____ indirizzo ditta _____

Nonno materno:

Nome: _____ Cognome: _____ data nascita: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Prov.: _____

Se lavora indicare l'attività lavorativa _____ indirizzo ditta _____

Nonna paterna:

Nome: _____ Cognome: _____ data nascita: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Prov.: _____

Se lavora indicare l'attività lavorativa _____ indirizzo ditta _____

Nonno paterno:

Nome: _____ Cognome: _____ data nascita: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Prov.: _____

Se lavora indicare l'attività lavorativa _____ indirizzo ditta _____

Nonni	Nonni
Materni	Paterni

Nonna Nonno Nonna Nonno

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna in condizione non conosciuta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o deceduta/o |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o assente per mancato riconoscimento da parte di un genitore nei confronti del bambino |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o di età pari o superiore a 72 anni |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o di età inferiore a 72 anni occupato in attività lavorativa part-time (sino al 50% del tempo pieno) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o di età inferiore a 72 anni occupato in attività lavorativa a tempo pieno o part-time superiore al 50% |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o in condizione di invalidità/disabilità/handicap (Allegare Certificazione) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o utile alla cura del bambino che accudisce un familiare (nonno/a, bisnonno/a, zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente presso il proprio nucleo familiare (Allegare Certificazione) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o utile alla cura del bambino che accudisce un familiare (nonno/a, bisnonno/a, zio/a) in condizione di invalidità, disabilità o handicap residente entro 20 Km dalla propria abitazione (Allegare Certificazione) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nonna/o casalinga/o pensionata/o residente |

Distanza dei NONNI dall'abitazione del bambino:

	Materni		Paterni	
	Nonna	Nonno	Nonna	Nonno
Fino a Km 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pDa Km 15,01 a Km 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da Km 30,01 a Km 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da Km 50,01 a Km 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oltre Km 100,01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCelta NIDO

Tempo di frequenza
<input type="checkbox"/> Tempo corto: 07.30 – 14.00
<input type="checkbox"/> Tempo normale: 07.30 – 16.30
<input type="checkbox"/> Tempo prolungato: 07.30-17.30

STRUTTURE DISPONIBILI

ESPRIMERE LA SCELTA PER UNO O PIÙ NIDI, INDICANDOLI IN ORDINE NUMERICO DI PREFERENZA E SOPRATTUTTO INDICANDO SOLTANTO QUELLI DI INTERESSE PER L'EVENTUALE FREQUENZA.

Nido d'infanzia comunale "La Gabbianella"	Nido d'infanzia accreditato "L'Isola che c'è"	Nido d'infanzia accreditato "Peter Pan"	Nido d'infanzia accreditato "Filo e palla"	Nido d'infanzia accreditato "Ape Maya"
Via Mattei n. 2 Fucecchio	Via della Chiesa, Galleno - Fucecchio	Via Martini 19, Fucecchio	Via San Gregorio Torre - Fucecchio	Via della Parte 9\b Fucecchio
()	()	()	()	()

Tariffe Nidi Infanzia

Con delibera della Giunta Comunale n. 298 del 03/12/2019 sono state confermate le tariffe per il servizi educativi prima infanzia, anno educativo 2020/2021, riportate nel bando di accesso ai servizi. La retta per la fruizione del servizio è composta da una quota fissa (contributo mensile fisso) e dalla quota giornaliera per il servizio mensa. La quota fissa si diversifica in base alle fasce orarie di frequenza ed all'I.S.E.E. (indicatore della situazione economica equivalente). **N.B. A coloro che non consegnano, nei tempi previsti, copia dell'attestazione I.S.E.E. in corso di validità, verrà applicata la tariffa massima della tipologia oraria scelta, fino alla presentazione della medesima.**

SOLO PER LE DOMANDE DI RICONFERMA:

[] per l'anno educativo 2020/2021 **chiedo la riduzione del 50%** della tariffa massima per la **mensa** in quanto il bambino è il secondo o successivo figlio che usufruisce del servizio (indicare il nome del primo figlio che usufruisce del servizio mensa _____ Scuola frequentata _____).

Per i nuovi iscritti, invece, l'eventuale riduzione della tariffa mensa dovrà essere richiesta successivamente, in caso di assegnazione del posto, sul modulo di accettazione.

Per richieste di diete speciali (motivi di salute o etico-religiosi) è possibile scaricare il modulo apposito al seguente link: http://www.comune.fucecchio.fi.it/sites/default/files/2019-05/NidiComunali_dieta_speciale.pdf
Il modulo debitamente compilato deve essere inviato alla Ditta Elior, appaltatrice del servizio refezione.

Notizie che il genitore desidera fornire per l'iscrizione

Il sottoscritto genitore/tutore/affidatario (i cui dati anagrafici sono resi nell'apposita sezione del modulo) DICHIARA CHE

QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO ED INOLTRE:

- è a conoscenza che saranno effettuati controlli sugli stati e fatti personali dichiarati, propri e di terzi;
- si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dal Servizio Pubblica Istruzione, servizi educativi e sport nell'ambito di tali verifiche;
- è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità che venga dichiarata la decadenza dall'assegnazione del posto;
- accetta l'applicazione della quota massima, in caso di mancata presentazione dell'attestazione I.S.E.E., che dovrà essere presentata in occasione dell'eventuale assegnazione e accettazione del posto;
- dichiara di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano la fruizione del servizio e di aver preso visione del Disciplinare del Servizio, del Bando e degli allegati alla domanda (obbligo vaccinale e privacy);
- dichiara di assumere formale impegno al pagamento delle rette;
- dichiara di avere ricevuto libero, specifico, informato ed inequivocabile consenso da parte di soggetti terzi coinvolti nella presente procedura (es.: nonni).

Allega copia di un documento di identità

Data

Firma
