

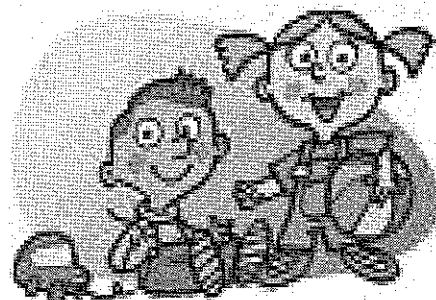
Comune di  
**FIGLINE VALDARNO**  
Provincia di Firenze  
Settore Servizi alla Persona

Piazza IV Novembre, 3  
50063 Figline Valdarno (FI)  
Tel. 055/91251 - Fax 055/9125386  
<http://www.comune.figline-valdarno.fi.it>  
E-mail: [urp@comune.figline-valdarno.fi](mailto:urp@comune.figline-valdarno.fi)

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO D'INFANZIA

### Preferenza struttura (non vincolante)

         Nido d'infanzia IL TRENINO (3-36mesi)  
         Nido d'infanzia GIROTONDO (12-36mesi)  
         Nidi domiciliari GIRANDOLA (15-36mesi)



Al Sindaco del Comune di Figline Valdarno

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ fanno domanda di iscrizione al servizio di asilo nido comunale per l'anno  
scolastico 2010-2011 per il/la bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. fisso \_\_\_\_\_  
Cell. padre \_\_\_\_\_ Cell. madre \_\_\_\_\_

### A TALE SCOPO DICHIARANO:

Nome e cognome del padre \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
sede lavorativa nel Comune di \_\_\_\_\_  
nome della Ditta (o altro) \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_  
Nome e cognome della madre \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
sede lavorativa nel Comune di \_\_\_\_\_  
nome della Ditta (o altro) \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_

DICHIARANO ALTRESI' ( barrare la casella interessata):

1) AMMISSIONI CON DIRITTO DI PRECEDENZA	
<input type="checkbox"/> condizione di orfano ambedue i genitori .....	
<input type="checkbox"/> nucleo monoparentale determinato dalla presenza di madre nubile o padre celibe con figlio non riconosciuto dall'altro genitore naturale (ad esclusione dei genitori conviventi).....	
<input type="checkbox"/> nucleo monoparentale (condizione di orfano di un genitore) .....	
<input type="checkbox"/> nucleo familiare con uno dei genitori in carcere.....	
<input type="checkbox"/> Bambino in stato di handicap grave certificato ai sensi della L. 104/92 secondo le procedure previste dall'art. 4 della stessa( da documentare con attestazione di handicap da parte della ASL competente di zona o del servizio sociale comunale)...	
<input type="checkbox"/> Bambini in situazioni familiari che per problematiche di vario tipo siano segnalati alla magistratura minorile e per i quali sia stato predisposto dal Servizio Sociale un programma che comprenda la frequenza (attestazioni da parte delle autorità competenti o del servizio sociale comunale)	
<b>3) Caratteristiche e composizione del nucleo familiare</b>	<b>Punteggio</b>
<input type="checkbox"/> nucleo monoparentale determinato da separazione o divorzio.....	
<input type="checkbox"/> nucleo familiare con uno dei genitori emigrati all'estero per motivi di lavoro.....	
<input type="checkbox"/> figli da 0 a 3 anni (escludendo quello per cui si fa domanda)	
nome _____ data di nascita _____	
nome _____ data di nascita _____	
<input type="checkbox"/> figli da 3 anni e 1 giorno a 10 anni	
nome _____ data di nascita _____	
nome _____ data di nascita _____	
<input type="checkbox"/> figli da 10 anni e 1 giorno a 18 anni	
nome _____ data di nascita _____	
nome _____ data di nascita _____	
<input type="checkbox"/> stato di gravidanza in atto della madre (da documentare con certificato medico).....	
<input type="checkbox"/> affido temporaneo, affidamento o adozione del bambino per il quale si fa domanda ( da documentare con provvedimento di affido temporaneo, affidamento o adozione).....	
<input type="checkbox"/> bambino gemello per il quale si fa domanda .....	
<input type="checkbox"/> genitori o fratelli conviventi handicappati gravi o invalidi con punteggio dal 74% ( da documentare con attestazione di handicap ai sensi della L. 104/92 o certificazione dell'apposita commissione medica dell'ASL).....	
<input type="checkbox"/> altri familiari conviventi handicappati gravi o invalidi con punteggio dal 74% (da documentare con attestazione di handicap ai sensi della L. 104/92 o certificazione dell'apposita commissione medica dell'ASL).....	

<input type="checkbox"/> genitori, fratelli o altri familiari conviventi handicappati o invalidi fra il 45% e il 73% (da documentare con attestazione di handicap ai sensi della L. 104/92 o certificazione dell'apposita commissione medica dell'ASL).....	.....
---	-------

3) Condizione dei genitori (barrare una sola voce)		Punteggio (*)
Padre	Madre	
<input type="checkbox"/> condizione di disoccupazione (da almeno 6 mesi).....	<input type="checkbox"/> condizione di disoccupazione (da almeno 6 mesi).....	.....
<input type="checkbox"/> condizione di cessazione non volontaria di occupazione, quali licenziamento, fallimento, ecc. (da meno di 6 mesi).....	<input type="checkbox"/> condizione di cessazione non volontaria di occupazione, quali licenziamento, fallimento, ecc. (da meno di 6 mesi) .....	.....
<input type="checkbox"/> studente non lavoratore.....	<input type="checkbox"/> studentessa non lavoratrice.....	.....
<input type="checkbox"/> studente lavoratore.....	<input type="checkbox"/> studentessa lavoratrice.....	.....
<input type="checkbox"/> condizione di casalingo.....	<input type="checkbox"/> condizione di casalinga.....	.....
<input type="checkbox"/> condizione di pensionato.....	<input type="checkbox"/> condizione di pensionata.....	.....

4) Occupazione dei genitori (barrare una sola voce)		Punteggio (*)
Padre	Madre	
<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente con contratto a tempo indeterminato o a tempo determinato sup.a36 mesi	<input type="checkbox"/> lavoratrice dipendente con contratto a tempo indeterminato o a tempo determinato sup.a36 mesi	.....
<input type="checkbox"/> lavoratore a domicilio, lavoratori subordinati con contratto a tempo determinato(lavoro interinale supplenti scuole.	<input type="checkbox"/> Lavoratrice a domicilio, lavoratrici subordinate con contratto a tempo determinato (lavoro interinale supplenti scuole.	.....
<input type="checkbox"/> Lavoratori para subordinati (CO.CO.CO. CO.CO.PRO. ect)	<input type="checkbox"/> Lavoratrici para subordinate (CO.CO.CO. CO.CO.PRO. ect)	.....
<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo.....	<input type="checkbox"/> lavoratrice autonoma.....	.....

5) Pendolarità ( i non residenti considereranno, come punto di riferimento per la determinazione della distanza chilometrica dalla sede lavorativa, il Comune di Figline Val d'Arno, quale sede dell'asilo nido. In caso di più sedi lavorative, barrare solo nel caso in cui la sede lavorativa oltre i 30 Km. sia occupata per più del 50% sul totale settimanale delle ore lavorative)		Punteggio (*)
Padre	Madre	
<input type="checkbox"/> sede lavorativa fuori dal Comune e comunque una distanza superiore a 30 Km.....	<input type="checkbox"/> sede lavorativa fuori dal Comune e comunque una distanza superiore a 30 Km.....	.....

6) Orario di lavoro dei genitori (barrare una sola voce)		Punteggio (*)
Padre	Madre	
<input type="checkbox"/> fino a 12 ore alla settimana.....	<input type="checkbox"/> fino a 12 ore alla settimana .....	.....
<input type="checkbox"/> 12,01 - 24 ore alla settimana.....	<input type="checkbox"/> 12,01 - 24 ore alla settimana .....	.....
<input type="checkbox"/> 24,01 - 36 ore alla settimana.....	<input type="checkbox"/> 24,01 - 36 ore alla settimana .....	.....
<input type="checkbox"/> oltre 36,00 ore alla settimana.....	<input type="checkbox"/> oltre 36,00 ore alla settimana.....	.....
<input type="checkbox"/> orario spezzato articolato fra mattina e .....	<input type="checkbox"/> orario spezzato articolato fra mattina e .....	.....

<input type="checkbox"/> pomeriggio (es. 8,00-12,00/13,00-17,00 dal lunedì al venerdì)....	<input type="checkbox"/> pomeriggio (es. 8,00-12,00/13,00-17,00 dal lunedì al venerdì)....
<input type="checkbox"/> orario misto (es. 8,00-14,00 per 3 gg. la settimana; 8,00-13,00/14,00-18,00 per 2 gg. la settimana).....	<input type="checkbox"/> orario misto (es. 8,00-14,00 per 3 gg. la settimana; 8,00-13,00/14,00-18,00 per 2 gg. la settimana).....
<input type="checkbox"/> orario turnificato (es. 8,00-16,00/16,00-24,00/24,00-8,00).....	<input type="checkbox"/> orario turnificato (es. 8,00-16,00/16,00-24,00/24,00-8,00).....
<input type="checkbox"/> orario unico (es. 8,00-14,00 dal lunedì al venerdì) .....	<input type="checkbox"/> orario unico (es. 8,00-14,00 dal lunedì al venerdì) .....

7) Appartenenza del bambino per cui si fa domanda alla precedente graduatoria	Punteggio
<input type="checkbox"/> SI	.....
<input type="checkbox"/> NO	.....

PUNTEGGIO TOTALE ACQUISITO.....	.....
---------------------------------	-------

(\*) I punteggi del padre e della madre sono cumulabili

**DICHIARANO INOLTRE DI:**

- aver preso conoscenza del Regolamento dell'asilo nido comunale e osservare quanto in esso previsto;
- impegnarsi a compartecipare alle spese di gestione (retta), nella misura disposta dall'Amministrazione comunale, con regolarità;

**ALLEGANO:**

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del "Testo Unico della documentazione amministrativa" - DPR 445/2000 - la presente istanza è sottoscritta dagli interessati in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità dei sottoscrittori. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 i dati personali forniti con la sopra estesa dichiarazione saranno finalizzati al procedimento cui è diretta l'istanza e potranno essere comunicati esclusivamente ad Amministrazioni pubbliche direttamente interessate al procedimento attivato con la presente istanza.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'attivazione del procedimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare e valutare quanto dichiarato dagli interessati.