

**NUOVA AMMISSIONE**

**AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO**  
**Ufficio Servizi Sociali**

**Oggetto: Richiesta ammissione Asilo nido comunale anno pedagogico 2023/2024.**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ residente a Capo d'Orlando in Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel./cell \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione per il periodo Settembre 2023-Luglio 2024 del figlio/figlia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ altro (in questo caso indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_  
Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ all'asilo Nido Comunale

Sezione : **N. 2 POSTI DIVEZZI**

Solo nell'orario normale dalle ore 8,00 fino alle 14,00	

A tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, andrà incontro alle sanzioni penali dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e decadrà dai benefici conseguiti

**DICHIARA**

Di trovarsi nella seguente situazione determinante priorità e/o punteggio per l'ammissione\*:

**PRIORITA'**

**1) Bambino orfano di entrambi i genitori**

(Esclusi i casi di adozione o affidamento preadottivo)

**2) Bambino che presenta difficoltà**

( situazione prevista al n.2 voce "ammissione" del bando)

Da documentare con certificazione

rilasciata dalla competente commissione sanitaria.

**3) Presenza di un solo genitore**

(situazione prevista al n. 3 voce "ammissione" del bando)

Esclusi i casi in cui il genitore ha un coniuge o un convivente

**ELEMENTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO**

**a) Presenza di fratelli conviventi: (punteggio massimo punti 1)**

N. \_\_\_\_\_ fratello/sorella fino all'età di 10 anni (punti 0,2)

**b) Presenza in famiglia di soggetti bisognosi di assistenza continua :**

-invalidità 100% di \_\_\_\_\_ (padre/madre/)

che necessita di assistenza continua (punti 8)

-invalidità del 100% di \_\_\_\_\_ (altro figlio )

che necessita di assistenza continua (punti 8)

-parenti entro il terzo grado conviventi con invalidità del 100%

non ospitati in struttura protetta (punti 1)

( da documentarsi con idonea certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili)

**c) Grave malattia di \_\_\_\_\_ ( genitore o fratello/sorella)**

**che impedisce di accudire al bambino (punti 8)**

da documentarsi con idonea certificazione

\* il punteggio di cui alle precedenti lett. b) e c) non è cumulabile

### CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI GENITORI

d) **MADRE LAVORATRICE:** Azienda / Amm.ne /Attività autonoma \_\_\_\_\_

Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via \_\_\_\_\_ altro  
Comune( Punti 1) - altra Regione (Punti 2) \_\_\_\_\_ Azienda /  
Amm.ne/ Attività autonoma \_\_\_\_\_ avente sede in via \_\_\_\_\_

Con orario contrattuale:

fino a 20 ore settimanali	PUNTI 0,5		
fino a 25 ore settimanali	PUNTI 1		
fino a 36 ore settimanali	PUNTI 1,5		
oltre a 36 ore settimanali	PUNTI 2		

e) **PADRE LAVORATORE:** Azienda / Amm.ne /Attività autonoma \_\_\_\_\_

Attività avente sede nel Comune di Capo d'Orlando Via \_\_\_\_\_ altro  
Comune( Punti 1) - altra Regione (Punti 2) \_\_\_\_\_ Azienda /  
Amm.ne/ Attività autonoma \_\_\_\_\_ avente sede in via \_\_\_\_\_

Con orario contrattuale:

fino a 20 ore settimanali	PUNTI 0,5		
fino a 25 ore settimanali	PUNTI 1		
fino a 36 ore settimanali	PUNTI 1,5		
oltre a 36 ore settimanali	PUNTI 2		

f) Fratelli già frequentanti \_\_\_\_\_ (indicare il nome)

g) Fratelli gemelli \_\_\_\_\_ (indicare il nome)

Dichiara infine che unitamente al proprio nucleo familiare ha la seguente situazione reddituale da attestazione ISEE  
Reddito N.F.

	Retta ore 8.00/14,00	Retta ore 8,00/16,45
Da zero a € 3.000,00	€ 40,00	€ 60,00
Da 3.001,00 a € 7.000,00	€ 60,00	€ 80,00
Da € 7.001,00 a € 9.000,00	€ 70,00	€ 90,00
Da € 9.001,00 a € 11.000,00	€ 80,00	€ 100,00
Da € 11.001,00 a € 13.000,00	€ 90,00	€ 110,00
Da € 13.001,00 a € 15.000,00	€ 100,00	€ 120,00
Da € 15.001,00 a € 20.000,00	€ 110,00	€ 130,00
Da € 20.001,00 a € 40.000,00	€ 120,00	€ 140,00
Da € 40.001,00 e oltre	€ 140,00	€ 160,00

#### Allega:

1) Documento di riconoscimento.

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

6) Si riserva in caso di ammissione di presentare certificato di vaccinazione del bambino.

Capo d'Orlando \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, soltanto per gli scopi di cui alla presente richiesta e, comunque, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy, con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge 675/1996 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", dal D.Lgs 196/2003 rubricato " Codice in materia di protezione dei dati personali " e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Capo d'Orlando \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



N.B.( contrassegnare le caselle che interessano)