

Bambino/a 2:

Nome e cognome maschio femmina,
nato/a il, a, residente a,
in via, nr.,
cittadinanza,
lingua/e parlata/e,

codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ATTUALE SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA (barrare le caselle corrispondenti)

| MADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|
| Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Occupata / Studentessa* | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Disoccupata iscritta nelle liste** | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Disoccupata | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| PERCENTUALE LAVORATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dal 76% al 100% | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Dal 51% al 75% | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| fino al 50% | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Impiego lavorativo a tempo pieno fuori Comune di residenza | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Sede di lavoro stabile: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datore di lavoro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo di impiego: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orario di lavoro: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Occupato / Studente* | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Disoccupato iscritto nelle liste** | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Disoccupato | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| PERCENTUALE LAVORATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dal 76% al 100% | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Dal 51% al 75% | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| fino al 50% | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Impiego lavorativo a tempo pieno fuori Comune di residenza | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Sede di lavoro stabile: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datore di lavoro: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo di impiego: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orario di lavoro: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*È necessario allegare alla domanda la dichiarazione di frequenza alla scuola/università/corso di formazione.

** È necessario allegare alla domanda la dichiarazione di iscrizione alle liste di disoccupazione. Come anno di riferimento vale l'anno, nel quale viene consegnata la domanda d'ammissione.

SITUAZIONE MOGENITORIALITÀ (preghiamo di barrare soltanto una casella)

famiglia monogenitoriale solo/a con il/la bambino/a
 famiglia monogenitoriale convivente con il/la bambino/a oppure i bambini ed altra
 persona

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

NUMERO DI ULTERIORI FIGLI CONVIVENTI A CARICO DEL NUCLEO FAMILIARE
(preghiamo di indicare il numero)

ulteriore fratello/sorella con età da 0 a 3 anni a carico
 ulteriore fratello/sorella con età da 3 a 14 anni a carico

| |
|--|
| |
| |

STATI DI MALATTIA E/O DI INVALIDITÀ DEI FAMIGLIARI CONVIVENTI

familiare con invalidità >70% (allegare attestato)
 familiare con invalidità dal 50% al 70% (allegare attestato)

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

STATO DI FAMIGLIA (persone conviventi effettivamente con il/la bambino/a dichiarati sullo stato di famiglia)

| | Nome e cognome | Rapporto di parentela con il/la bambino/a | Data di nascita | Cittadinanza |
|--------------------------|----------------|---|-----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |

SITUAZIONE REDDITUALE DELLA FAMIGLIA (modello DURP - valore VSE)

VSE (valore situazione economica)

PARTICOLARI SITUAZIONI FAMILIARI CONSIDERABILI AI FINI DEL PUNTEGGIO IN GRADUATORIA (barrare le caselle corrispondenti)

problemi di handicap/disagio psico-fisico del bambino (allegare certificato)
 problemi di disagio sociale della famiglia e/oppure del/la bambino/a oppure dei
 bamibini (allegare certificato del distretto sociale)

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

| Si chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda sia inviata al seguente indirizzo: | numeri di telefono / e-mail |
|---|------------------------------------|
| Famiglia/sig.ra/sig. | nr. tel lavoro madre |
| Via | nr. tel lavoro padre |
| Luogo | cellulare madre |
| | cellulare padre |
| | nr. Tel. privato |
| | e-mail |

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- copia certificato vaccinazione del/della bambino/bambina** (ultime due pagine del libretto del/la bambino/a);
- copia contratti lavorativi di entrambi i genitori;**
- copia modello DURP con VSE** (valore situazione economica);
- copia permesso di soggiorno della famiglia intera** (se dovuto);
- altro**

Per la consegna della domanda d'ammissione, si prega di prendere appuntamento con la coordinatrice al n. telefonico 0472/836525 oppure 345/5501506

INFORMAZIONI SULLA RETTA AGEVOLATA

Il Comune di Bressanone può assumersi una riduzione tariffaria per il servizio di assistenza alla prima infanzia, ai sensi del decreto del Presidente della Provincia n. 43 del 07/09/2005, articolo 11, comma 2, solamente fino ad un massimale di 160 ore al mese. Tutte le ore che eccedono questo limite, devono essere finanziate totalmente dai genitori.

DICHIARAZIONE

La/il sottoscritta/o dichiara che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiara che, in applicazione dell'art 76 del D.P.R. n. 445/2000, è stata/o avvertita/o ed è consapevole della responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, cui va incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete e di uso di atti falsi. Si impegna, inoltre, a comunicare immediatamente alla direzione dell'Asilo Nido Pinocchio del Comune di Bressanone ogni variazione delle situazioni, che sono state determinanti per l'ammissione al servizio di assistenza alla prima infanzia. In caso di mancata comunicazione, queste saranno considerate dall'Amministrazione come omissioni e pertanto perseguite secondo quanto sopra riportato.

La/il sottoscritta/o autorizza il Comune di Bressanone ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse o verranno revocate.

DISPOSIZIONI SULLA PRIVACY

Dichiaro di essere stata/o informata/o, di aver preso visione e di essere d'accordo con l'informativa sulla privacy ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679. L'informativa predetta è pubblicata sulla homepage del Comune di Bressanone al seguente link: <http://www.bressanone.it/it/protezione-dati.html>.

OSSERVAZIONE

L'ammissione al servizio di assistenza alla prima infanzia del Comune di Bressanone può avvenire soltanto su presentazione dell'idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie, come previsto dal decreto-legge 119/2017.

.....
data

.....
firma
(in presenza del funzionario addetto*)

*In alternativa alla firma in presenza del dipendente addetto, deve essere allegata la fotocopia della carta d'identità.

Confermo che la presente dichiarazione è stata firmata in mia presenza.

.....
data

.....
firma

In caso di domande incomplete l'amministrazione ha la facoltà di escludere il/la bambino/a dalla graduatoria.