

PUNTEGGIO (a cura dell'Ente) _____



DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA
ANNO EDUCATIVO 2017/2018

Io sottoscritto _____ genitore del piccolo/della

piccola _____ che è nato/a a (luogo)

_____ il (data) _____

Residente a (comune) _____ via _____

n. _____ Cell. _____ e-mail _____

ELENCO SERVIZI EDUCATIVI PRIMA INFANZIA

Gaggio Montano "Bimbopolis"	orario di apertura 7.30 – 17.30
Grizzana M. "Nido Bontà" di Ponte-Riola	orario di apertura 7.30 – 16.30 *
Marzabotto "Nido Paselli"	orario di apertura 7.30 – 16.30 *
Monzuno "Nido Iqbal Felice" Rioveggio	orario di apertura 7.30 – 16.30 *
Vergato CAPOLUOGO "Nido Bienvenuto"	orario di apertura 7.30 – 16.30 *
* con possibilità prolungamento 17.30-18.00	

Indicare uno o più servizi richiesti, in ordine di preferenza:

denominazione servizio educativo

Preferenza 1	
Preferenza 2	
Preferenza 3	
Preferenza 4	
Preferenza 5	

con orario a tempo pieno ☐

con orario part-time ☐

A TAL FINE DICHIARO di avere diritto alla precedenza assoluta per il seguente motivo:

Certificazione handicap
Relazione Servizi Sociali ASL
Bambino in affido

☐
☐
☐

Ci sono fratelli o sorelle? (indicare età) ☐ No ☐ Sì ☐ età _____
È in corso una nuova gravidanza? ☐ No ☐ Sì ☐
Esistono componenti del nucleo familiare con invalidità pari o superiori al 66%?
(Occorre allegare certificazione) ☐ No ☐ Sì ☐

LA SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI È LA SEGUENTE:

PADRE

Cognome e nome _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Lavoratore a tempo indeterminato ☐
Lavoratore atipico e/o a tempo determinato ☐
Studente / lavoratore studente / lavori occasionali / supplenze ☐
In cassa integrazione per il periodo _____ ☐
In mobilità per il periodo _____ ☐

Nome Ditta o Ente o Associazione per il quale si lavora _____

Sede di lavoro _____

Orario di lavoro giornaliero o settimanale _____

Assente dalla famiglia per lavoro con pernottamento fuori casa

Per tutta la settimana ☐ In modo saltuario ☐

Addetto ai lavori domestici ☐ Sì ☐ No ☐

Altre Inforamzioni: _____

MADRE

Cognome e nome _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Lavoratore a tempo indeterminato ☐
Lavoratore atipico e/o a tempo determinato ☐
Studente / lavoratore studente / lavori occasionali / supplenze ☐
In cassa integrazione per il periodo _____ ☐
In mobilità per il periodo _____ ☐

Nome Ditta o Ente o Associazione per il quale si lavora _____

Sede di lavoro _____

Orario di lavoro giornaliero o settimanale _____

Assente dalla famiglia per lavoro con pernottamento fuori casa

Per tutta la settimana

☐

In modo saltuario

☐

Addetto ai lavori domestici

Sì ☐

No ☐

Altre Inforamzioni: _____

.....

DISPONIBILITA' DEI NONNI

NONNA PATERNA Nome e cognome _____ Età _____ Residenza _____

NONNO PATERNO Nome e cognome _____ Età _____ Residenza _____

Ancora al lavoro ☐ in pensione ☐ addetti ai lavori domestici ☐

Affetti da grave patologia come da certificazione che si allega ☐

NONNA MATERNA Nome e cognome _____ Età _____ Residenza _____

NONNO MATERNO Nome e cognome _____ Età _____ Residenza _____

Ancora al lavoro ☐ in pensione ☐ addetti ai lavori domestici ☐

Affetti da grave patologia come da certificazione che si allega ☐

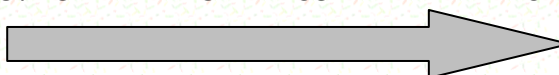
Io sottoscritto, valendomi della disposizione di cui all'art. 46 del T.U. sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità, **DICHIARO** che quanto affermato corrisponde al vero.

Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole che l'unione dell'Appennino Bolognese può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Data _____

Firma _____

IMPORTANTE: IL MODULO NON E' TERMINATO! VOLTARE PAGINA E COMPILARE LA DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE VACCINAZIONI



**MODULO RELATIVO ALLA ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI PER LA
FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA – Anno Educativo 2017/2018**
(L.R 19/2016; DGR. 2301/2016)

Il sottoscritto _____ genitore del piccolo/a _____ SI IMPEGNA a
sottoporre la/il bambina/o, per cui presenta la domanda di ammissione al nido, alle vaccinazioni obbligatorie
previste dalla normativa vigente (LR 19/2016, art. 6, comma 2) E

☐ Autorizza l'Istituzione ai Servizi Educativi dell'Unione dell'Appennino Bolognese ad acquisire l'idoneità alla
frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni, direttamente presso la AUSL di competenza;

OPPURE

☐ Si impegna a presentare direttamente agli uffici amministrativi dell'Istituzione ai Servizi Educativi
dell'Unione dell'Appennino Bolognese il certificato vaccinale prima dell'inizio della frequenza

consapevole che, in caso di non ottemperanza e senza motivazione sanitaria (autorizzata dalla pediatria di
comunità previa presentazione di certificato rilasciato dal pediatra di libera scelta) sarà preclusa la frequenza
al servizio.

Data _____ Firma _____

~~~~~

Altre Informazioni che i genitori ritengono utile fornire

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....

**PARTE RISERVATA ALL'EVENTUALE RINUNCIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

rinuncia all'iscrizione al servizio Nido \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2017/2018 dalla data

\_\_\_\_\_ per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B. La cessazione dell'obbligo del pagamento della retta mensile, da parte della famiglia del minore  
frequentante il nido, decorrerà dal mese successivo se la comunicazione avviene nei primi 15 giorni del mese  
di presentazione della rinuncia.

~~~~~