



*CASTEL D'AIANO  
CASTEL DI CASIO  
CASTIGLIONE DEI PEPOLI  
GAGGIO MONTANO  
GRIZZANA MORANDI  
MARZABOTTO  
MONZUNO  
SAN BENEDETTO VAL DI SAMBRO  
VERGATO*

**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 Bienvenido" 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.

=====