

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2012/13

SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE	Barrare la casella che interessa	Punteggio da assegnare	Punti assegnati
Il bambino è in situazione di handicap <i>(se già disponibile allegare la relativa certificazione)</i>		Precedenza	
Il bambino è orfano di entrambi i genitori (senza atto di adozione), è in adozione o in affido.		Precedenza	
Assenza di un genitore dal nucleo familiare per vedovanza o riconoscimento di un solo genitore.		12	
Assenza di un genitore dal nucleo familiare per separazione e/o divorzio (escluso il caso in cui il nucleo familiare sia di fatto ricostruito, come risulta dallo stato di famiglia).		6	
Domanda per gemelli		5	
Nuova gravidanza in corso <i>(allegare certificazione)</i>		3	
Presenza di fratelli/sorelle, nello stesso nucleo familiare, che frequentano lo stesso servizio richiesto. Specificare nome e data di nascita:		3	
Presenza di familiari conviventi da assistere con invalidità certificata, dell'80% o superiore (allegare certificazione AUSL) In caso di risposta affermativa, specificare: Nome:parentela..... Nome:parentela..... Nome:parentela.....:parentela.....		8	
SITUAZIONE LAVORATIVA DEL PADRE			
Cognome e nome..... Luogo e data di nascita.....			
Denominazione ditta/Impresa di lavoro..... Luogo della sede di lavoro (comune)..... Recapito telefonico del lavoro.....			
Occupato a tempo pieno		13	
Occupato part-time		10	
Non occupato per invalidità		12	
Cassa integrazione o mobilità		10	
Disoccupato (iscritto al centro per l'Impiego)		8	
Pendolare (sede di lavoro a più di 15 km, misurati fra Comune e Comune) o lavoratore senza sede fissa (rappresentanti, agenti di commercio)		3	
Assenza dalla famiglia per lavoro con pernottamento fuori casa	- Per tutte le notti in un mese	<input type="checkbox"/>	5
	- Per almeno una settimana, o cinque notti, in un mese	<input type="checkbox"/>	2
Turnista con impegno notturno (attività svolta tra le ore 22 e le ore 6 per almeno 4 ore.	- Sempre lavoro notturno	<input type="checkbox"/>	6
	- Con turnazione notturna	<input type="checkbox"/>	4

AFFIDABILITA' DEI NONNI PATERNI (Per ogni nonno si deve considerare un solo punteggio, cioè quello relativo alla condizione di maggior disagio)

NONNO PATERNO:

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....

Comune di residenza.....Prov.....

CONDIZIONI DI IMPOSSIBILITA' AD AFFIDARE:

- Deceduto, residente in struttura protetta o residente oltre 100 km.
- Con invalidità dal 67% al 100% (allegare documentazione AUSL)
- Età superiore a 75 anni

6

6

6

CONDIZIONI DI RILEVANTE DIFFICOLTA' AD AFFIDARE

- Lavora a tempo pieno
- Residente oltre 30 km
- Età tra i 70 e 75 anni

4

4

4

CONDIZIONE DI DIFFICOLTA' AD AFFIDARE:

- Lavora part-time
- Età tra i 65 e 70 anni
- Invalidità dal 33% al 66% (allegare documentazione AUSL)

2

2

2

NONNA PATERNA:

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....

Comune di residenza.....Prov.....

CONDIZIONI DI IMPOSSIBILITA' AD AFFIDARE:

- Deceduta, residente in struttura protetta o residente oltre 100 km.
- Con invalidità dal 67% al 100% (allegare documentazione AUSL)
- Età superiore a 75 anni

6

6

6

CONDIZIONI DI RILEVANTE DIFFICOLTA' AD AFFIDARE

- Lavora a tempo pieno
- Residente oltre 30 km
- Età tra i 70 e 75 anni

4

4

4

CONDIZIONE DI DIFFICOLTA' AD AFFIDARE:

- Lavora part-time
- Età tra i 65 e 70 anni
- Invalidità dal 33% al 66% (allegare documentazione AUSL)

2

2

2

SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA MADRE

Cognome e nome.....
 Luogo e data di nascita.....

Denominazione ditta/Impresa di lavoro.....
 Luogo della sede di lavoro (comune).....
 Recapito telefonico del lavoro.....

Occupata a tempo pieno		13	
Occupata part-time		10	
Non occupata per invalidità		12	
Cassa integrazione o mobilità		10	
Disoccupata (iscritto al centro per l'Impiego: presentare documentazione)		8	
Pendolare (sede di lavoro a più di 15 km, misurati fra Comune e Comune) o lavoratrice senza sede fissa (rappresentanti, agenti di commercio)		3	
Assenza dalla famiglia per lavoro con pernottamento fuori casa	<input type="checkbox"/> Per tutte le notti in un mese	5	
	<input type="checkbox"/> Per almeno una settimana, o cinque notti, in un mese	2	

Turnista con impegno notturno (attività svolta tra le ore 22 e le ore 6 per almeno 4 ore.	<input type="checkbox"/> Sempre lavoro notturno		6	
	<input type="checkbox"/> Con turnazione notturna		4	

AFFIDABILITA' DEI NONNI MATERNI (Per ogni nonno si deve considerare un solo punteggio, cioè quello relativo alla condizione di maggior disagio)

NONNO MATERNO:

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....

Comune di residenza.....Prov.....

CONDIZIONI DI IMPOSSIBILITA' AD AFFIDARE: - Deceduto, residente in struttura protetta o residente oltre 100 km. - Con invalidità dal 67% al 100% (allegare documentazione AUSL) - Età superiore a 75 anni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 6 6	
CONDIZIONI DI RILEVANTE DIFFICOLTA' AD AFFIDARE - Lavora a tempo pieno - Residente oltre 30 km - Età tra i 70 e 75 anni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 4 4	
CONDIZIONE DI DIFFICOLTA' AD AFFIDARE: - Lavora part-time - Età tra i 65 e 70 anni - Invalidità dal 33% al 66% (allegare documentazione AUSL)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2	

NONNA MATERNA: Cognome.....Nome.....			
Data di nascita.....			
Comune di residenza.....Prov.....			
CONDIZIONI DI IMPOSSIBILITA' AD AFFIDARE: - Deceduta, residente in struttura protetta o residente oltre 100 km. - Con invalidità dal 67% al 100% (allegare documentazione AUSL) - Età superiore a 75 anni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 6 6	
CONDIZIONI DI RILEVANTE DIFFICOLTA' AD AFFIDARE - Lavora a tempo pieno - Residente oltre 30 km - Età tra i 70 e 75 anni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 4 4	
CONDIZIONE DI DIFFICOLTA' AD AFFIDARE: - Lavora part-time - Età tra i 65 e 70 anni - Invalidità dal 33% al 66% (allegare documentazione AUSL)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2	
TOTALE PUNTI spazio riservato alla segreteria			

Io sottoscritt _____, genitore dell'alunn _____, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e che in caso di dichiarazioni non veritiere POTRA' ESSERE REVOCATA L'ASSEGNAZIONE DEL POSTO,

DICHIARO

che quanto affermato corrisponde al vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 citato DPR 445/2000, ovvero documentabile su richiesta.

Si specifica inoltre, che tutte le documentazioni sanitarie e non, vanno consegnate al momento della presentazione della domanda d'iscrizione del proprio figlio.

IL/LA DICHIARANTE
(firma di un genitore)



(occorre firmare presso l'ufficio davanti all'incaricato della raccolta.
Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri occorre allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato).

N.B. – Potrà essere richiesta ulteriore certificazione attestante quanto dichiarato
-- Saranno effettuati controlli a campione per verificare la veridicità delle dichiarazioni