



# Comune di Cattolica



Provincia di Rimini  
P.IVA 00343840401

<http://www.cattolica.net>  
email: [info@cattolica.net](mailto:info@cattolica.net)

SETTORE 3  
SCUOLA – POLITICHE SOCIALI  
Ufficio Pubblica Istruzione

## DOMANDA ISCRIZIONE NIDO D'INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2014/2015

Il sottoscritto ( solo padre o madre ) \_\_\_\_\_  
(Il nominativo sovrastante verrà indicato come intestatario nella fattura di pagamento della retta)  
presenta domanda di ammissione per il minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. casa \_\_\_\_\_ Altro tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

/\_\_/\_/ al **Nido d'infanzia** - per l'anno scolastico 2014/2015  
(prima scelta /\_\_/\_/ seconda scelta /\_\_/\_/ )

/\_\_/\_/ allo **Spazio Giochi e Accoglienza** - per l'anno scolastico 2014/2015  
(prima scelta /\_\_/\_/ seconda scelta /\_\_/\_/ scelta)

(\*è possibile effettuare una unica scelta o indicare l'ordine di preferenza tra le due tipologie )

**N.B. La graduatoria d'accesso sarà compilata per fasce d'età.**

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali conseguenti alla non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese in autocertificazione (articoli 75 e 76 del T.U. DPR n. 445 del 28.12.2000):

### DICHIARA

( ai sensi dell'art. 46 del T.U. DPR n.445 del 28.12.2000)

che il proprio NUCLEO FAMILIARE (\*) è costituito dai seguenti componenti:

COGNOME E NOME	CITTADINANZA	RESIDENZA	COD. FISCALE
dichiarante			
coniuge (o convivente)			
figlio (o affidato)			
figlio (o affidato)			
figlio (o affidato)			

(\*) Per "nucleo familiare" si intende il nucleo composto dai genitori (o chi ne fa le veci), o dal genitore e relativo convivente e dai figli (o affidati) conviventi. (indicare la residenza se diversa da quella del nucleo familiare)



# Comune di Cattolica



Provincia di Rimini  
P.IVA 00343840401

<http://www.cattolica.net>  
email:info@cattolica.net

SETTORE 3  
SCUOLA – POLITICHE SOCIALI  
Ufficio Pubblica Istruzione

## DICHIARA INOLTRE:

barrare quanto interessa (ai sensi degli articoli 46 e 47 del T.U. DPR n. 445 del 28.12.2000)

- Che il **minore** per problematiche particolari o patologie, è seguito dal servizio territoriale dell'ASL (allegare certificato)
- Che il **nucleo familiare** è seguito dai servizi dell'ASL, (assistente sociale.....)
- Che un genitore del minore ha un' invalidità riconosciuta dall'ASL del 100%
- Che il minore non è riconosciuto legalmente da uno dei genitori
- Che il padre o madre del minore è vedovo/a

## Che la situazione lavorativa dei genitori è la seguente

LAVORO PADRE (o chi ne fa le veci)	LAVORO MADRE (o chi ne fa le veci)
<input type="checkbox"/> Dipendente (fino al funzionario)	<input type="checkbox"/> Dipendente (fino al funzionario)
<input type="checkbox"/> Dipendente (dirigente)	<input type="checkbox"/> Dipendente (dirigente)
<b>N.B. Allegare fotocopia dell'ultima busta paga</b>	<b>N.B. Allegare fotocopia dell'ultima busta paga</b>

<b>N.B: per le seguenti categorie compilare le posizioni a piè pagina (allegare certificazione attestante attività autonoma)</b>	<b>N.B: per le seguenti categorie compilare le posizioni a piè pagina (allegare certificazione attestante attività autonoma)</b>
<input type="checkbox"/> Artigiano senza dipendenti	<input type="checkbox"/> Artigiano senza dipendenti
<input type="checkbox"/> Artigiano con dipendenti	<input type="checkbox"/> Artigiano con dipendenti
<input type="checkbox"/> Commerciante senza dipendenti	<input type="checkbox"/> Commerciante senza dipendenti
<input type="checkbox"/> Commerciante con dipendenti	<input type="checkbox"/> Commerciante con dipendenti
<input type="checkbox"/> Autonomo (con attività iniziata da massimo 15 mesi)	<input type="checkbox"/> Autonomo (con attività iniziata da massimo 15 mesi)
<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Autonomo
<input type="checkbox"/> Gestore albergo 2 stelle ad apertura annuale	<input type="checkbox"/> Gestore albergo 2 stelle ad apertura annuale
<input type="checkbox"/> Gestore albergo da 3 stelle ad apertura annuale	<input type="checkbox"/> Gestore albergo da 3 stelle ad apertura annuale
<input type="checkbox"/> Agente o Rappresentante di commercio	<input type="checkbox"/> Agente o Rappresentante di commercio
<input type="checkbox"/> Coltivatore diretto	<input type="checkbox"/> Coltivatore diretto
<input type="checkbox"/> Impresa familiare	<input type="checkbox"/> Impresa familiare
<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Libero professionista
<input type="checkbox"/> Lavoratore dello spettacolo	<input type="checkbox"/> Lavoratore dello spettacolo
<input type="checkbox"/> Co. Co. Pro. (allegare fotocopia del contratto)	<input type="checkbox"/> Co. Co. Pro. (allegare fotocopia del contratto)
<input type="checkbox"/> Prestazioni professionali occasionali	<input type="checkbox"/> Prestazioni professionali occasionali
<input type="checkbox"/> Gestori attività legate al turismo estivo	<input type="checkbox"/> Gestori attività legate al turismo estivo
<b>Versamenti I.N.P.S n. ....</b>	<b>Versamenti I.N.P.S n. ....</b>
<b>Partita IVA n. ....</b>	<b>Partita IVA n. ....</b>
<b>Versamenti altre Casse .n. ....</b>	<b>Versamenti altre Casse .n. ....</b>



# Comune di Cattolica



Provincia di Rimini  
P.IVA 00343840401

<http://www.cattolica.net>  
email:info@cattolica.net

**SETTORE 3**  
**SCUOLA – POLITICHE SOCIALI**  
**Ufficio Pubblica Istruzione**

<input type="checkbox"/> Laureato specializzando (con divieto normativo di lavoro) Laurea..... Specializzazione.....	<input type="checkbox"/> Laureata Specializzanda (con divieto normativo di lavoro) Laurea..... Specializzazione.....
<input type="checkbox"/> Laureato Tirocinante/Praticante (senza divieto di lavoro) Laurea..... Tir/Prat.c/o.....	<input type="checkbox"/> Laureata Tirocinante/Praticante (senza divieto di lavoro) Laurea..... Tir/Prat.c/o.....
<input type="checkbox"/> Studente Facoltà/Istituto (allegare fotocopia iscrizione)	<input type="checkbox"/> Studentessa Facoltà/Istituto (allegare fotocopia iscrizione)
<input type="checkbox"/> Iscritto graduatoria supplenti	<input type="checkbox"/> Iscritta graduatoria supplenti
<input type="checkbox"/> Iscritto Centro per l'Impiego di _____ in data _____	<input type="checkbox"/> Iscritta al Centro per l'Impiego di _____ in data _____
<input type="checkbox"/> Casalingo	<input type="checkbox"/> Casalinga
<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Pensionata
<input type="checkbox"/> Altro(specificare)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

## **ISEE (relativo alla dichiarazione dei redditi anno 2012- allegare fotocopia - facoltativo)**

<input type="checkbox"/> ISEE non comunicato o pari o superiore a \ 18.076,00
<input type="checkbox"/> ISEE uguale o inferiore a \ 7.746,85
<input type="checkbox"/> ISEE compreso fra \ 7.746,86 e \ 12.911,42
<input type="checkbox"/> ISEE compreso fra \ 12.911,43 e \ 18.075,99

## **Sede di lavoro**

Ditta o Ente. ....	Ditta o Ente. ....
Indirizzo	Indirizzo

## **Pendolarità**

<input type="checkbox"/> Comune non confinante (entro Km. 50)	<input type="checkbox"/> Comune non confinante (entro Km. 50)
<input type="checkbox"/> Oltre i Km. 50	<input type="checkbox"/> Oltre i Km. 50
<input type="checkbox"/> Assenza continuativa settimanale non inferiore a gg. 3	<input type="checkbox"/> Assenza continuativa settimanale non inferiore a gg.3

## **Altre informazioni**

<input type="checkbox"/> Minore rimasto in lista d'attesa nell'A. S. 2013-2014		
<input type="checkbox"/> Gravidanza in atto (allegare certificato medico)		
<input type="checkbox"/> Genitore con invalidità dal 67% (allegare documentazione ASI)		
<input type="checkbox"/> Minore in affidamento o adozione con atto ufficiale a decorrere dal.....		
<input type="checkbox"/> Nonno/a del minore, residente nel comune di Cattolica, o Comune confinante, con invalidità riconosciuta dall'ASL del 100% (allegare documentazione ASL - punteggio attribuibile ad una sola situazione)		
<input type="checkbox"/> Altri figli affetti da grave invalidità (100%) o handicap, (allegare documentazione AUSL ) n. :.....		
<input type="checkbox"/> Altri figli di età inferiore ad anni 12 n. ....		
Periodo lavorativo inferiore a 6 mesi	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>
Periodo lavorativo da 6 mesi a 10 mesi	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>
Orario lavorativo settimanale inferiore alle 16 ore	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>
Lavoro continuativo notturno (non turni)	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>



# Comune di Cattolica



Provincia di Rimini  
P.IVA 00343840401

<http://www.cattolica.net>  
email:info@cattolica.net

SETTORE 3  
SCUOLA – POLITICHE SOCIALI  
Ufficio Pubblica Istruzione

**N.B. I dati contenuti nell'autocertificazione devono essere riferiti alla data di compilazione della presente e vengono forniti sotto la personale responsabilità del dichiarante.**

**L'Amministrazione Comunale provvederà a verificare quanto dichiarato (art. 71 e seguenti del DPR n. 445 del 28.12.2000), riservandosi la facoltà di richiedere al dichiarante ulteriore documentazione.**

**Qualora la dichiarazione non risultasse veritiera, il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, art. 75 DPR 445 del 28.12.2000, (esclusione dalla graduatoria).**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. legislativo 30.6.2003, n. 196)

Data.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore

### IMPORTANTE !!!!

#### ORARIO DI ENTRATA E DI USCITA RICHIESTO

7.45 - 8.30 [ ]

8.30 - 9.00 [ ]

12.45 - 13.00 [ ]

15.30 - 16.00 [ ]

**N.B.:l'entrata anticipata e l'uscita alle ore 16.00 (compatibilmente con il numero di posti disponibili) è riservata ai bambini i cui genitori lavorano entrambi in tali orari. (allegare certificazione con orari di lavoro svolti)**

Il minore ha fratelli o sorelle **già iscritti e che frequenteranno nell'A.S. 2014/2015** Nidi o Scuole dell'Infanzia comunali – statali – private parificate.

[ ] SI Nome del fratello o sorella 1) .....  
2) .....

Scuola o Nido che frequenta 1) .....  
2) .....

[ ] NO