



Comune di Cattolica



Provincia di Rimini
P.IVA 00343840401
P.E.C. protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it

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

SETTORE 3
Ufficio Pubblica Istruzione

DOMANDA ISCRIZIONE NIDO D'INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2017/2018

Il sottoscritto _____
(Il nominativo sovrastante verrà indicato come intestatario nella fattura di pagamento della retta)

nato/a _____ il _____ Residente a _____

via _____ n. _____

Tel. casa _____ Altro tel. _____ e-mail _____

presenta domanda di ammissione per il minore:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

/__/_/ al **Nido d'Infanzia** - per l'anno scolastico **2017/2018**
(prima scelta /__/_/ seconda scelta /__/_/)

/__/_/ allo **Spazio Giochi e Accoglienza** - per l'anno scolastico **2017/2018**
(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
P.E.C. protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it

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

SETTORE 3
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)
N.B. Allegare fotocopia dell'ultima busta paga	N.B. Allegare fotocopia dell'ultima busta paga

N.B: per le seguenti categorie compilare le posizioni a piè pagina (allegare certificazione attestante attività autonoma)	N.B: per le seguenti categorie compilare le posizioni a piè pagina (allegare certificazione attestante attività autonoma)
<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
Versamenti I.N.P.S n.	Versamenti I.N.P.S n.
Partita IVA n.	Partita IVA n.
Versamenti altre Casse .n.	Versamenti altre Casse .n.



Comune di Cattolica



Provincia di Rimini
P.IVA 00343840401
P.E.C. protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it

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

SETTORE 3 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 2016- (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. 2015-2016		
<input type="checkbox"/> Gravidanza in atto (allegare certificato medico)		
<input type="checkbox"/> Genitore con invalidità dal 67% (allegare documentazione Asl)		
<input type="checkbox"/> Minore in affido 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"/>

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.



Comune di Cattolica



Provincia di Rimini
P.IVA 00343840401
P.E.C. protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it

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

SETTORE 3
Ufficio Pubblica Istruzione

E' a conoscenza che la rinuncia al servizio deve essere comunicata all'ufficio Pubblica Istruzione con nota scritta e protocollata e che comporterà la cessazione dal pagamento della quota a partire dal mese successivo a quello della comunicazione.

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)

IMPORTANTE

Richiesta di ORARIO DI ENTRATA E DI USCITA			
7.45 - 8.30 []	8.30 - 9.00 []	12.30 - 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. 2017/2018** Nidi o Scuole dell'Infanzia comunali – statali – private parificate.

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

[] NO

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI PER LA FREQUENZA AL NIDO D'INFANZIA COMUNALE (L.R. 19/2016 – DGR 2301/2016)

Io sottoscritto/a _____
nata/o a _____ il _____

mi impegno a sottoporre la/il bambina/o alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente /L.R. 19/2016, art. 6, comma 2) **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) la domanda non verrà accolta, e**

/___/ autorizzo l'Ente gestore ad acquisire l'idoneità alla frequenza, attestante le avvenute vaccinazioni direttamente presso la AUSL di competenza oppure

/___/ mi impegno a presentare direttamente all'Ufficio Pubblica Istruzione il certificato vaccinale entro il 30/6/2017

Data.....

firma _____

firma di autocertificazione (leggi 15/68- 127/97- 445/2000)