



N.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA DI CERTIFICAZIONE
DELL'ATTO di NOTORIETA'** (ART. 46 e 47 del D.P.R. 445/2812.2000)

Nuova Iscrizione Conferma Iscrizione

Per il bambino/bambina:

COGNOME E NOME:

NATO A:

IL:

RESIDENTE A:

VIA:

N.

TEL:

CELL.

**Il sottoscritto/la sottoscritta genitore
del bambino/della Bambina di cui
sopra:**

COGNOME E NOME:

NATO A:

IL:

RESIDENTE A:

VIA:

N.

TEL:

CELL.

DICHIARA

CONDIZIONI DI PRECEDENZA

- Bambino/bambina orfano di uno dei genitori
- Bambino/a già frequentante il servizio
- Nucleo monoparentale determinato dalla presenza di madre nubile o padre celibe con figlio **non riconosciuto** dall'altro genitore naturale
- Bambino portatore di handicap fisico o psichico
- Nucleo familiare con gravi difficoltà nei suoi compiti di assistenza ed educazione (Tale condizione di precedenza dovrà comunque essere attestata formalmente dal Servizio Sociale, con provvedimento nel quale siano specificati problemi di ordine sanitario, psicologico o sociale del bambino o nella sua famiglia, tali da far ritenere opportuno l'inserimento del bambino)

CRITERI DI VALUTAZIONE

A COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- Figli da 0 a 3 anni (compreso il gemello e/o i gemelli) (escludendo quello per cui si fa domanda) e stato di gravidanza in atto
- Figli da 3 anni ed 1 giorno a 6 anni
- Figli da 6 anni ed 1 giorno a 12 anni (non compiuti)

B CONDIZIONI PARTICOLARI DEL NUCLEO FAMILIARE

- Genitori o fratelli conviventi, handicappati gravi o invalidi con punteggio uguale o superiore ai **2/3 (67%)**
- Affidamento temporaneo, affidamento o adozione del bambino per il quale si fa domanda

C CONDIZIONE DEI GENITORI	Padre	Madre
---------------------------	--------------	--------------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/i iscritto/i nell'elenco anagrafico dei centri dell'impiego e che abbia rilasciato dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro da almeno 3 mesi e cmq. non in data posteriore alla pubblicazione del presente bando. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Studenti non lavoratori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D OCCUPAZIONE DEI GENITORI	Padre	Madre
----------------------------	--------------	--------------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori subordinati con contratto a tempo determinato (almeno semestrale, intendendo con ciò un contratto la cui scadenza non sia comunque inferiore ai sei mesi computabili al momento della scadenza delle iscrizioni) (es. lavoratori interinali, supplenti scuole, ecc., lavoratori parasubordinati, Co.Co.Pro.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti da impresa familiare e/o coadiuvanti il coniuge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori con contratto a tempo parziale (meno di 6 mesi) o lavoratori con contratto di coll. occasionale non ricompresi al punto 2 (es.:coll. Occasionali, contratti di durata inferiore ai 6 mesi, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E ORARIO DI LAVORO	Padre	Madre
--------------------	--------------	--------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fino a 12 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Da 12,01 - 18 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Da 18,01 ore a 24 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Da 25,01 a 36 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oltre 36,01 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F	TIPOLOGIA ORARIO LAVORO	Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	Orario spezzato articolato fra mattina e pomeriggio (caratteristiche richieste: interruzione fra i 2 periodi per pausa pranzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario misto (con almeno due rientri settimanali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario turnificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario unico (es.:dal lunedì al sabato, orario in un unico modulo mattutino o in unico modulo pomeridiano, oppure in moduli mattutini e/o pomeridiani)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	PENDOLARITÀ	Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	Sede lavorativa fuori dal Comune e comunque ad una distanza almeno pari a 15 km.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sede lavorativa fuori dal Comune dai 15,01 Km. ai 30 Km.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sede lavorativa fuori dal Comune oltre i 30 km. .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ulteriori punteggi

Appartenenza alla precedente graduatoria

CRITERI DI VANTAGGIO A PARITÀ DI PUNTEGGIO (Punteggio accessorio, Applicabile solo in caso di parità fra nell'ordine di graduatoria)

Punteggio accessorio (Applicabile solo in caso di parità fra nell'ordine di graduatoria)				
CONDIZIONE DI IMPOSSIBILITÀ AD AFFIDARE	NoP.	NaP	No.M.	Na.M.
DECEDUTO / INESISTENTE / RESIDENTE IN ALTRA REGIONE O PROVINCIA ITALIANA/ RESIDENTE ALL'ESTERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDIZIONE DI ESTREMA DIFFICOLTÀ AD AFFIDARE	NoP	NaP	No.M.	Na.M.
Residente OLTRE I 20 KM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
completamente impedito fisicamente con invalidità pari o superiore ai 2/3 (67%) (non convivente con la famiglia del bambino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDIZIONE DI RILEVANTE DIFFICOLTÀ AD AFFIDARE (per nonni residenti nel Comune di Rufina o nei comuni limitrofi)	NoP	NaP	No.M.	Na.M.
Con età pari o superiore ai 75 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con età pari o superiore ai 65 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore ai 2/3 (67%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDIZIONE DI considerevole difficoltà ad affidare (Per nonni residenti nel comune di Rufina e/o nei comuni confinanti con età inferiore ai 65 anni) ma:	NoP	NaP	No.M.	Na.M.
Con lavoro oltre le 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accudisce coniuge o convivente ultraottantenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDIZIONE di difficoltà ad affidare (per nonni residenti nei comuni di Rufina o nei comuni confinanti con età inferiore ai 65 anni ma:)	NoP	NaP	No.M.	Na.M.
Con lavoro fino a 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nonni/nonne presenti e non impossibilitati con età inferiore ai 65 anni ma	NoP	NaP	No.M.	Na.M.
Residente nei Comuni confinanti con Rufina (entro i 20 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residente nel Comune di Rufina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NONNI/NONNE Presente e Non impossibilitato	NoP	NaP	No.M.	Na.M.
Con età pari o superiore ai 75 anni e coabitante o abitante nello stesso stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con età pari o superiore ai 67 anni e coabitante o abitante nello stesso stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con età inferiore ai 67 anni e coabitante o abitante nello stesso stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso di ulteriore parità, la graduatoria è stabilita privilegiando nell'ordine le seguenti condizioni:

- 1) appartenenza alla graduatoria precedente;
- 2) appartenente a nucleo solo;
- 3) genitori entrambi occupati ed orario lavorativo più disagiato dei genitori;
- 4) numero dei figli;
- 5) minore età del bambino

CODICE FISCALE (del sottoscrittore)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

IL SOTTOSCRITTO/LA SOTTOSCRITTA PADRE/MADRE
(I cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo)

DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA DOMANDA CORRISPONDE AL VERO ED INOLTRE

- è **consapevole** che verranno effettuati controlli, anche d'ufficio su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda;
- **si impegna** a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;
- è **consapevole** che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio;
- è **consapevole** della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 ottobre 2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dell'assegnazione del servizio;

RUFINA, LI _____

Firma del/lla dichiarante (un genitore e chi ne fa le veci)

ATTENZIONE: Bisogna firmare davanti all'incaricata della raccolta.

SI ATTESTA CHE IL SIG./LA SIG. HA SOTTOSCRITTO IN MIA PRESENZA LA PRESENTE DICHIARAZIONE

Rufina, _____ L'Addetto alla ricezione _____

