



Da consegnare entro il 20/10/15

N.

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
AL SERVIZIO EDUCATIVO SPERIMENTALE
ARTICOLATO SU 3 GIORNI SETTIMANALI
PRESSO IL NIDO PRIVATO FATE E FOLLETTI
2015/2016**

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

Nuova Iscrizione

Per il bambino/bambina:

COGNOME E NOME:

NATO A:

IL:

RESIDENTE A:

VIA:

N.

TEL:

CELL.

E-MAIL

TIPOLOGIA DEI SERVIZI

INDICARE LA TIPOLOGIA DI FREQUENZA PREFERITA ¹	
TEMPO CORTO MATTINA	TEMPO LUNGO
<input type="checkbox"/> 8,00 / 13,00	<input type="checkbox"/> 8,00 / 16,00 ²

DATI RELATIVI ALLA MADRE	DATI RELATIVI AL PADRE
Cognome e nome:	Cognome e nome:
Nata a:	Nato a:
il:	il:
Residente:	Residente:
Domiciliato:	Domiciliato:
Titolo di studio:	Titolo di studio:

¹ L'ufficio provvederà a stilare un'unica graduatoria di accesso.

Le famiglie utilmente inserite nelle graduatorie, verranno chiamate ad esercitare il proprio diritto di scelta del servizio (tempo corto) e/o (tempo pieno), sulla base del punteggio attribuito e, naturalmente, dei posti disponibili per ciascun servizio.

La rinuncia al posto disponibile in quanto non coincidente con l'opzione indicata nella domanda di iscrizione, equivale a rinuncia definitiva al posto e conseguente cancellazione dalla graduatoria..

² Le famiglie dovranno tassativamente rispettare l'orario di frequenza previsto per ogni servizio. In caso di ripetute violazioni nell'orario di uscita dei bambini, verranno applicate le quote mensili dovute per il posticipo.

Cellulare:	Cellulare:
e-mail:	e-mail:
SE STUDENTESSA (Scuola, Università, Ente di formazione frequentato):	SE STUDENTE (Scuola, Università, Ente di formazione frequentato):
Sede di frequenza:	Sede di frequenza:
Date inizio e fine corso:	Date inizio e fine corso:
Orario settimanale:	Orario settimanale:
CONDIZIONE LAVORATIVA	CONDIZIONE LAVORATIVA:
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonoma
<input type="checkbox"/> Dipendente di impresa familiare	<input type="checkbox"/> Dipendente di impresa familiare
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Disoccupata dal:	<input type="checkbox"/> Disoccupato dal:
Professione/attività:	Professione/attività:
AZIENDA/ENTE presso cui è assunta o ha stipulato contratto di coll. a progetto, coll. occ. Nel caso sia titolare/socia (spec. se impresa ind., fam. Snc. Srl.)	AZIENDA/ENTE presso cui è assunto o ha stipulato contratto di coll. a progetto, coll. occ. Nel caso sia titolare/socio (spec. se impresa ind., fam. Snc. Srl.)
NOME DELLA DITTA, ENTE, SOCIETA':	NOME DELLA DITTA, ENTE, SOCIETA':
SEDE DI LAVORO (Comune, via, n. civ., n. tel.):	SEDE DI LAVORO (Comune, via, n. civ., n. tel.):
DATA DI ASSUNZIONE o INIZIO ATTIVITA':	DATA DI ASSUNZIONE o INIZIO ATTIVITA':
DATA DI SCADENZA (se il contratto è a termine):	DATA DI SCADENZA (se il contratto è a termine):
ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE (ESCLUSO STRAORDINARI): <input type="checkbox"/> tempo pieno: _____ (ore) <input type="checkbox"/> Part time: _____ (ore) Mattina: dalle _____ alle _____ Pomeriggio: dalle _____ alle _____ Notte: dalle _____ alle _____ Numero giorni lavorativi settimanali: _____	ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE (ESCLUSO STRAORDINARI): <input type="checkbox"/> tempo pieno: _____ (ore) <input type="checkbox"/> Part time: _____ (ore) Mattina: dalle _____ alle _____ Pomeriggio: dalle _____ alle _____ Notte: dalle _____ alle _____ Numero giorni lavorativi settimanali: _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FAMIGLIA

I genitori sono entrambi presenti? SI NO (se no, e specificare la situazione rispetto alla gestione dei figli (contenuto della sentenza di divorzio, omologa di separazione o di altri documenti...))

ALTRI FIGLI CONVIVENTI (vedi guida alle iscrizioni) NO se SI indicare:

Data di nascita: _____ :

Data di nascita: _____

Data di nascita: _____

Data di nascita: _____

E' in corso una gravidanza? NO SI (se si, bisogna allegare analisi tipo HCG ematico, ecografia o altri esami tipici)

DATI RELATIVI AI NONNI (LA COMPILAZIONE SERVE PER IL PUNTEGGIO SECONDARIO)

(in caso di controlli verranno richiesti, certificati di residenza, contratti di lavoro, buste paga, ecc.)

NONNI MATERNI

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

SOLO PER I NONNI RESIDENTI A RUFINA O NEI COMUNI CONFINANTI COMPILARE ANCHE:

NONNA:	Data di nascita	OCCUPATA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI indicare:
---------------	-----------------	-----------------	-----------------------------	---------------------------------------

Professione _____ orario settimanale _____

NONNO:	Data di nascita:	OCCUPATO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI indicare:
---------------	------------------	-----------------	-----------------------------	---------------------------------------

Professione _____ orario settimanale _____

Se riconosciuta **invalidità civile** (almeno 67%) allegare verbali o documentazione equivalente:

NONNA NO SI

NONNO NO SI

NONNI PATERNI

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

SOLO PER I NONNI RESIDENTI A RUFINA O NEI COMUNI CONFINANTI COMPILARE ANCHE:

NONNA:	Data di nascita	OCCUPATA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI indicare:
---------------	-----------------	-----------------	-----------------------------	---------------------------------------

Professione _____ orario settimanale _____

NONNO:	Data di nascita:	OCCUPATO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI indicare:
---------------	------------------	-----------------	-----------------------------	---------------------------------------

Professione _____ orario settimanale _____

Se riconosciuta **invalidità civile** (almeno 67%) allegare verbali o documentazione equivalente:

NONNA NO SI

NONNO NO SI

ULTERIORI INFORMAZIONI SU CONDIZIONI O PROBLEMI CHE RITIENE OPPORTUNO SEGNALARE: (lavoro, abitazione, salute dei familiari, in quest'ultimo caso occorre allegare idonea documentazione)

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;

IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL POSTO

- **SI IMPEGNA A PAGARE** la somma di € 150,00 a titolo di iscrizione per la frequenza (*per le ammissioni al NIDO FATE E FOLLETTI, anche la somma stabilita dal gestore a titolo di cauzione*). E' consapevole che tale obbligo verrà meno solo se all'Ufficio perverrà rinuncia scritta entro e non oltre il 30 giugno 2015;
- **ACCETTA DI ESSERE COLLOCATO NELLA** retta massima se entro il 15 settembre 2015 non farà pervenire l'attestazione ISEE prevista dal DCPM 159/2013;
- **DISPONE CHE LA FATTURA SIA INTESTATA AL PADRE** **O ALLA MADRE** **indicare il CODICE FISCALE DELL'INTESTATARIO DELLA FATTURA** _____

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 <i>(caratteristiche richieste: interruzione fra i 2 periodi per pausa pranzo)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario misto <i>(con almeno due rientri settimanali)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario turnificato o orario a chiamata <i>(con tempi ristretti di preavviso)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario unico <i>(es.:dal lunedì al sabato, orario in un unico modulo mattutino o in unico modulo pomeridiano, oppure in moduli mattutini e/o pomeridiani)</i>	<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 IMPOSSIBILITA' 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 DIFFICOLTA' 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 DIFFICOLTA' 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)



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 _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo n. 196/2003

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del d.lgs. 196/03, il Comune di Rufina, in qualità di Responsabile del trattamento dei dati, informa che i dati personali richiesti nell'ambito del presente bando, verranno raccolti e trattati per finalità esclusivamente connesse con lo svolgimento del procedimento.

I trattamenti dei dati personali, anche sensibili, forniti direttamente dai partecipanti al procedimento o comunque acquisiti, saranno effettuati presso i locali del Comune di Rufina nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza e con l'utilizzo di strumenti cartacei ed automatizzati.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri enti pubblici, privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti e comunque per perseguire le finalità connesse allo svolgimento del procedimento e degli atti conseguenti.

I dati potranno essere trattati da dipendenti del Comune di Rufina in qualità di soggetti responsabili o incaricati del trattamento dei dati personali.

Il conferimento dei dati è necessario ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione ed il mancato conferimento o l'opposizione a talune fasi del trattamento può pregiudicare la possibilità di partecipare al procedimento in oggetto.

Nel limiti di garanzia relativi alla regolare svolgimento del procedimento, ogni interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/03 come sotto specificati rivolgendo richiesta al responsabile del procedimento tramite comunicazione fax al n. 055 8397082.

Responsabile del trattamento dei Dati per il Comune è il Sig. MAURO VOLPI in qualità di Responsabile apicale dell'AREA AFFARI GENERALI ISTRUZIONE E CULTURA MENTRE IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E' DOTT. MAURO PINZANI IN QUALITA' DI SINDACO PRO-TEMPORE DEL COMUNE DI RUFINA

ART. 7 D.LGS. 196/03

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.