

Informazioni sul bambino/a

Cognome e nome del pediatra _____ Tel. Ambulatorio _____

Il bambino è in affido familiare? Sì No

Notizie sullo stato generale di salute del bambino/a (segnalare eventuali condizioni fisiche o psichiche quali: handicap (allegare certificazione), allergie, altro

Ha frequentato altri servizi per l'infanzia? Sì No

Se sì, quale? _____

Era in lista d'attesa nel servizio comunale l'anno precedente e non inserito? Sì No

Informazioni sul nucleo familiare

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare? Sì No

In caso di risposta negativa specificare la situazione: separazione, divorzio, decesso, carcerazione, altro.... (allegare documentazione) _____

ALTRI FIGLI:

anno di nascita _____ scolarizzato Sì No scuola: _____

anno di nascita _____ scolarizzato Sì No scuola: _____

anno di nascita _____ scolarizzato Sì No scuola: _____

anno di nascita _____ scolarizzato Sì No scuola: _____

E' in corso un nuova gravidanza? Sì No

Se sì, la nascita è prevista per il mese di: _____

Tra i familiari conviventi o domiciliati nel comune di residenza vi è qualcuno non istituzionalizzato in stato di invalidità grave o cronica, o necessiti di assistenza continua, o abbia una certificazione ai sensi della L. 104/92?

(allegare certificazione) Sì No

L'eventuale assistenza è affidata ai genitori? Sì No

Annotazioni aggiuntive

Dati relativi al padre e alle madre

PADRE	MADRE
Professione _____	Professione _____
Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/>	Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/>
Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Coadiuvante <input type="checkbox"/>	Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Coadiuvante <input type="checkbox"/>
Pensionato/Inabile <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>	Pensionato/Inabile <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>
Altro _____ <input type="checkbox"/>	Altro _____ <input type="checkbox"/>
Ente o Ditta _____	Ente o Ditta _____
Sede _____ Tel. _____	Sede _____ Tel. _____
Totale ora lavorative settimanali _____	Totale ora lavorative settimanali _____
Lavoro a tempo indeterminato <input type="checkbox"/>	Lavoro a tempo indeterminato <input type="checkbox"/>
Lavoro a tempo determinato <input type="checkbox"/>	Lavoro a tempo determinato <input type="checkbox"/>
Dal _____ al _____	Dal _____ al _____
Altro _____	Altro _____
_____	_____
_____	_____

Dati relativi ai nonni

<p>NONNO PATERNO</p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Nato a _____ il _____</p> <p>Residenza _____</p> <p>Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/></p> <p>Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/></p> <p>Invalido (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/></p> <p>Ditta e sede _____</p> <p>Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori <input type="checkbox"/></p>	<p>NONNO MATERNO</p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Nato a _____ il _____</p> <p>Residenza _____</p> <p>Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/></p> <p>Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/></p> <p>Invalido (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/></p> <p>Ditta e sede _____</p> <p>Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori <input type="checkbox"/></p>
<p>NONNA PATERNA</p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Nato a _____ il _____</p> <p>Residenza _____</p> <p>Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/></p> <p>Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/></p> <p>Invalido (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/></p> <p>Ditta e sede _____</p> <p>Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori <input type="checkbox"/></p>	<p>NONNA MATERNA</p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Nato a _____ il _____</p> <p>Residenza _____</p> <p>Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/></p> <p>Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/></p> <p>Invalido (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/></p> <p>Ditta e sede _____</p> <p>Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori <input type="checkbox"/></p>

Elenco Documenti (Certificati) Allegati

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Il/la sottoscritto/a _____ genitore del/la bambino/a per il/la quale si inoltra la domanda di ammissione al Nido d'Infanzia, i cui dati anagrafici sono resi noti nell'apposita sezione del modulo,

DICHIARA

Che quanto afferma in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero e di essere consapevole che la legge sull'autocertificazione prevede la possibilità di eseguire controlli, per cui l'Ufficio Relazioni con il Pubblico potrà:

- Richiedere la presentazione di documenti a conferma di quanto dichiarato dal/dalla sottoscritto/a
- Svolgere accertamenti avvelandosi delle strutture competenti nel caso in cui le informazioni fornite siano insufficienti
- Potrà applicare sanzioni (non ammissione al servizio, penalizzazioni di punteggio, ecc.) oltre all'eventuale denuncia penale se risultasse falso quanto dichiarato del/dalla sottoscritto/a;

si impegna pertanto a produrre i documenti eventualmente richiesti, dichiarando inoltre, ai sensi del DLgs 196/2003, di essere informato che i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati dal Comune di Bibbiano anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'organizzazione dei Servizi per l'Infanzia e quindi del procedimento per cui le presenti dichiarazioni vengono rese. Il dichiarante potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Decreto citato.

Data _____

<p>RISERVATO ALL'UFFICIO</p> <p>Si attesta, ai sensi del D.P.R. 455/2000 che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e sulla possibile decadenza del diritto di assegnazione del servizio richiesto.</p> <p>Bibbiano,</p> <p style="text-align: center;">L'IMPIEGATO/A</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p style="text-align: center;">IL/LA DICHIARANTE</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>Occorre firmare davanti all'incaricato dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico al momento della presentazione della domanda, nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri si deve allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.</p>
--	---

N.B.: allegare fotocopie di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato