



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO AL NIDO INTERAZIENDALE "BELNIDO"

ANNO SCOLASTICO 2018-2019

Il sottoscritto (solo padre o madre)

COGNOME

NOME

- Dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Figlio di dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Dipendente a tempo determinato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Figlio di dipendente a tempo determinato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Titolare contratto di collaborazione o libero professionale con l' Azienda U.S.L. della Romagna (con scadenza non anteriore al 30 ottobre 2018)
- Figlio dei titolari contratto di collaborazione o libero professionale con dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini (con scadenza non anteriore al 30 ottobre 2018)
- Dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sedi territoriali di Forlì, Cesena e Ravenna che hanno la loro residenza nella Provincia di Rimini.

Dipendente o titolare del contratto di riferimento Azienda U.S.L.:

Oppure figlio di

COGNOME

NOME

Qualifica _____ Unità operativa _____

Sede _____ Telefono interno _____

presenta domanda di ammissione per il minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente a _____

via _____ n° _____ cap _____

Tel. casa _____ Tel. Cell. madre _____ Tel. Cell. padre _____

_____ Tel. lavoro madre _____ Tel. lavoro padre _____

e-mail (*):

(*) Ai sensi del D.L. n. 179 /2012 è facoltà per i cittadini di indicare un proprio indirizzo di posta elettronica, cui la Pubblica Amministrazione potrà indirizzare le proprie comunicazione.

Barrare la casella corrispondente all'orario scelto

Per l'accesso ad una delle tre fasce orarie di apertura ordinaria saranno applicati gli stessi scaglioni I.S.E.E. e le relative rette del Comune di Rimini per l'anno educativo 2018 -2019, non sono previste ulteriori riduzioni.

Orario scelto di fascia ordinaria dal lunedì al venerdì	<input type="checkbox"/>	A. ingresso: dalle ore 07,45 alle ore 09,00; uscita dalle ore 15,30 alle ore 16,00;
	<input type="checkbox"/>	B. ingresso: dalle ore 07,00 alle ore 07,45; uscita dalle ore 12,30 alle ore 14,00;
	<input type="checkbox"/>	C. ingresso: dalle ore 11,00 alle ore 11,15; uscita dalle ore 17,30 alle ore 18,00;



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO AL NIDO INTERAZIENDALE "BELNIDO"

Per l'accesso alle fasce orarie di apertura straordinaria verrà applicata la retta intera a totale carico delle famiglie:

Fascia D)- anticipo del servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 7,00 alle ore 7,45; euro 20,00 al mese. La quota è fissa mensile e sarà addebitata anche in presenza di un solo anticipo nel mese.

Fascia E) - posticipo del servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 16,00 alle ore 18,00; retta giornaliera di euro 7,00.

Fascia F) - posticipo del servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 18,00 alle ore 19,00; retta giornaliera di euro 4,00.

Fascia G) - frequenza il sabato dalle ore 7,00 alle ore 13,00; retta giornaliera non frazionabile di euro 25,50 (vincolata alla presenza minima di quattro bambini). Basta anche un solo ingresso per il pagamento dell'intera quota.

Per situazioni particolari, opportunamente documentate, relative al nucleo familiare, l'Azienda U.S.L. della Romagna si riserva di integrare la retta di iscrizione, previa valutazione della commissione ad hoc predisposta.

Orario scelto di fascia straordinaria dal lunedì al venerdì	07,00 – 07,45
	16,00 – 18,00
	18,00 – 19,00
Frequenza del sabato	07,00 – 13,00

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:

	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Cittadinanza</i>	<i>Codice Fiscale</i>
Dichiarante			
<input type="checkbox"/> Coniuge o <input type="checkbox"/> convivente			
Figlio o affidato			
Figlio o affidato			
Figlio o affidato			

(*) Per "nucleo familiare" si intende il nucleo composto da coloro che esercitano la potestà genitoriale ed i loro figli (compresi affiliati). Indicare entrambi i genitori anche se con residenze diverse e/o separati.



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO AL NIDO INTERAZIENDALE "BELNIDO"

DICHIARA INOLTRE CHE

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

il minore è certificato ai sensi della Legge 104/1992 sull'handicap (allegare verbale e DF);

La situazione lavorativa del dichiarante è la seguente

	Lavoro Dichiarante	Punteggio unico
	Dipendenti e figli di dipendenti a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini, anche in comando o altra assegnazione funzionale a prescindere dalla residenza;	20
	I titolari o figli di titolari di contratto di lavoro a tempo determinato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini a prescindere dalla residenza;	18
	I titolari o figli di titolari di contratto di collaborazione o libero professionale presso l'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini, purché il richiedente, già al momento della richiesta stessa, sia titolare di contratto di lavoro o di collaborazione, con scadenza non anteriore al 30 ottobre 2018 a prescindere dalla residenza;	14
	I dipendenti a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sedi territoriali di Forlì, Cesena e Ravenna che hanno la loro residenza nella Provincia di Rimini.	8
Specifiche relative al lavoro		
	Orario settimanale fino alle 18 ore	-2
Situazioni relative al nucleo familiare		
Nucleo INCOMPLETO che non rilevi nuove convivenze		
	Nucleo INCOMPLETO che non rilevi nuove convivenze in cui manchi effettivamente la figura materna e/o paterna per decesso, carcerazione, emigrazione etc..	25
	Minore non riconosciuto da uno dei genitori Allegare Certificato _____ data _____	20
Presenza nel nucleo di un minore o adulto con invalidità documentata (allegare certificato):		
	Genitore con invalidità non inferiore al 75%	30
	Sorella e/o fratello del minore, gravemente infermo, disabile o invalido nella misura non inferiore al 75%	25
	Altro componente con invalidità pari o superiore al 75% (solo se convivente con il minore)	15
	altro componente di età inferiore a 16 anni con invalidità documentata (solo se convivente con il minore)	4
Altre Situazioni		
	Minore in affidamento o adozione con un atto ufficiale, di data non superiori a 2 (allegare copia atto)	10
	Gravidanza in atto (allegare certificato medico)	2
	Gemelli (per i quali si presenta domanda)	3



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO AL NIDO INTERAZIENDALE "BELNIDO"

Presenza di uno o più fratelli che frequentano e/o frequenteranno il Belnido (applicabile anche nel caso di fratelli nuovi iscritti).				
<input type="checkbox"/>	Specificare: -Se il minore ha fratelli che frequentano nell'A.S. 2017-2018: Nome del fratello /sorella Se il minore ha fratelli per i quali è stata presentata nuova domanda di iscrizione per l'anno 2018-2019: Nome del fratello o sorella			3
Condizioni di impossibilità ad affidare il minore ai nonni per i seguenti motivi: nonno deceduto; residente fuori comune; con età superiore a 80 anni nonno ricoverato in struttura per anziani (casa protetta, RSA); con invalidità pari o superiore al 67%; occupato in attività lavorativa a tempo pieno;				
	Nonno paterno			1
	Nonna paterna			1
	Nonno materno			1
	Nonna materna			1
Nonno Paterno Cognome _____ Nome _____	Nonna Paterna Cognome _____ Nome _____	Nonno Materno Cognome _____ Nome _____	Nonna Materna Cognome _____ Nome _____	
<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> di oltre 80 anni <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> di oltre 80 anni <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> di oltre 80 anni <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> di oltre 80 anni <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	
Note/ situazione non previste _____				
Nota: per ogni nonno può essere riconosciuta una sola condizione e assegnato 1 punto. (*) Allegare adeguata documentazione comprovante la situazione dichiarata.				
TOTALE PUNTEGGIO				

I dati contenuti nell'autocertificazione, forniti sotto la personale responsabilità del dichiarante, devono essere riferiti alla data di compilazione della presente e devono permanere sino alla data di uscita della graduatoria.

L'Amministrazione provvederà a verificare quanto dichiarato (art. 71 e seguenti del DPR n. 445 del 28.12.2000). 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) ed è soggetto alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000.

Allegare copia documento in corso di validità di entrambi i genitori.

Data _____

Firma del genitore _____

Per presa conoscenza e autorizzazione delle informative allegata a questa richiesta e relative al D.Lgs. 196/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e ss.mm.i..

Data _____

Firma del genitore _____



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO AL NIDO INTERAZIENDALE "BELNIDO"

NOTE ESPLICATIVE

Situazioni relative al nucleo familiare

Nucleo INCOMPLETO che non rilevi nuove convivenze

Si fa riferimento ai casi in cui nel nucleo familiare sia assente un genitore, per i seguenti motivi:

- 1) Vedovanza ;
- 2) Non riconoscimento del minore;
- 3) Stato di abbandono (accertato in sede giurisdizionale o attestato da Sportello Sociale o Tutela Minori);
- 4) Carcerazione di un genitore;
- 5) Separazione legale – divorzio (esibendo provvedimento del Tribunale)

Come previsto dal D.P.C.M. 7 maggio 1999, n. 221 il valore **ISEE**, da comunicare obbligatoriamente per gli inserimenti per l'anno educativo 2018-2019 (settembre 2018 – giugno 2019) **entro il 30 Settembre 2018** all'Ufficio Rette dell'ASP Valloni Marecchia, deve essere riferita al nucleo anagrafico del minore.



Azienda di Servizi alla Persona

.....
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ () in via _____ n. _
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE

(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito (1):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomielitica; | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b; |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica; | <input type="checkbox"/> anti-morbillo; |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica; | <input type="checkbox"/> anti-rosolia; |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B; | <input type="checkbox"/> anti-parotite; |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse; | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017). |

è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);

ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

(apporre una croce sulle caselle di interesse)

Il/La sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il 10 luglio 2018, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

(luogo, data)

Il Dichiarante

.....
(1) Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.