



COMUNE DI LAMA MOCOGNO
PROVINCIA DI MODENA

Ufficio Socio-culturale

Via XXIV Maggio, 41023 Lama Mocogno Modena Tel. 0536.344390
e.mail: istruzione@comune.lamamocogno.mo.it
Servizio prima infanzia **PICCOLO GRUPPO EDUCATIVO "LO SCOIATTOLO"**
Ubicazione: Piazza Belvedere, 1 Int. C. Tel. 0536.343200

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO PRIMA INFANZIA: PICCOLO GRUPPO EDUCATIVO
- P.G.E. - "LO SCOIATTOLO" ANNO EDUCATIVO 2024/2025**

DA PRESENTARE ENTRO SABATO 23 MARZO 2024

IL/LA SOTTOSCRITTO/A IN QUALITA' DI GENITORE

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
RECAPITO TEL. CELL.	
CODICE FISCALE	
e-mail	

CHIEDE

**L'AMMISSIONE AL SERVIZIO PRIMA INFANZIA PICCOLO GRUPPO EDUCATIVO "LO SCOIATTOLO"
PER L'ANNO EDUCATIVO 2024/2025 DEL PROPRIO BAMBINO/A**

DATI DEL BAMBINO/A

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
CODICE FISCALE	
CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

NOTE concernenti il/la bambino/a ritenute utili alla formazione della graduatoria di accesso al servizio ai sensi delle Norme per il funzionamento del Servizio educativo domiciliare PGE "Lo Scoiattolo" approvate con deliberazione di C.C. n. 51 in data 29/11/2006 e modificate da ultimo con deliberazione di C.C. n. 7 del 13/04/2023:

IL SERVIZIO È APERTO DAL MESE DI SETTEMBRE AL 31 LUGLIO DELL'ANNO SUCCESSIVO

ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTO

• (BARRARE LE CASELLE INTERESSATE)

- Tempo pieno (dalle ore 8,00 alle ore 16.15)
- Part-time (dalle ore 8.00 alle ore 13.00)
- Pre-ingresso (dalle ore 7,30 alle ore 8,00) con costo aggiuntivo
- Eventuale esigenza di uscita posticipata solo per servizio a tempo pieno dalle ore 16.15 alle ore 16.45 con costo aggiuntivo

- DISPONIBILITA' ALLA FREQUENZA** dal mese di: _____ (solo per i nati 2024)

La frequenza al servizio Tempo Pieno e Part-time è possibile dal mese successivo al compimento di mesi 8.

Ai sensi degli artt. 46e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 455 e ss.mm.ii. dichiara sotto la propria responsabilità:

DATI DELL'ALTRO GENITORE

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
RECAPITO TEL./CELL.	
CODICE FISCALE	
e-mail	

SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Grado di Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Professione
Padre				
Madre				
Figlio/a				*
Figlio/a				*
Figlio/a				*
Figlio/a				*
Altro				
				*Se studente indicare la scuola frequentata

NUOVA GRAVIDANZA IN CORSO: SÍ NO

FAMILIARI CONVIVENTI CON INVALIDITA' CERTIFICATA SUPERIORE AI 2/3: SÍ NO

In caso affermativo, specificare, con riferimento alla tabella soprastante, il grado di parentela: _____

LAVORO DEI GENITORI

PADRE:

<input type="checkbox"/> LAVORATORE (specificare a fianco)	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> Altro specificare _____
<input type="checkbox"/> DISOCCUPATO			
<input type="checkbox"/> NON OCCUPATO			
<input type="checkbox"/> STUDENTE IN CORSO REGOLARE DI STUDIO: _____			

SE LAVORATORE:

PROFESSIONE:	
DITTA Denominazione	
INDIRIZZO/SEDE DI LAVORO	
TEL. DITTA	

ORARIO DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO O DETERMINATO DI DURATA SUPERIORE ALL'ANNO di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO DI DURATA INFERIORE ALL'ANNO di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO per ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> STUDENTE LAVORATORE	
<input type="checkbox"/> ASSENZA CONTINUATIVA PER LAVORO PER TUTTA LA SETTIMANA	
<input type="checkbox"/> ASSENZA CONTINUATIVA PER LAVORO A SETTIMANE ALTERNE	
<input type="checkbox"/> PENDOLARE (sede di lavoro a più di 15 km dall'abitazione)	
<input type="checkbox"/> TURNISTA CON IMPEGNO NOTTURNO	
<input type="checkbox"/> LAVORATORE SENZA SEDE FISSA	
ALTRO:	

MADRE:

<input type="checkbox"/> LAVORATRICE (specificare a fianco)	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> Altro specificare _____
<input type="checkbox"/> DISOCCUPATA			
<input type="checkbox"/> NON OCCUPATA			
<input type="checkbox"/> STUDENTE IN CORSO REGOLARE DI STUDIO: _____			

SE LAVORATRICE:

PROFESSIONE:	
DITTA Denominazione	
INDIRIZZO/SEDE DI LAVORO	
TEL. DITTA	

ORARIO DI LAVORO	
<input type="checkbox"/> CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO O DETERMINATO DI DURATA SUPERIORE ALL'ANNO di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO DI DURATA INFERIORE ALL'ANNO di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO per ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
<input type="checkbox"/> STUDENTE LAVORATORE <input type="checkbox"/> ASSENZA CONTINUATIVA PER LAVORO PER TUTTA LA SETTIMANA <input type="checkbox"/> ASSENZA CONTINUATIVA PER LAVORO A SETTIMANE ALTERNE <input type="checkbox"/> PENDOLARE (sede di lavoro a più di 15 km dall'abitazione) <input type="checkbox"/> TURNISTA CON IMPEGNO NOTTURNO <input type="checkbox"/> LAVORATORE SENZA SEDE FISSA	
ALTRO:	

NONNI

<p><u>NONNO PATERNO</u>: Cognome e Nome _____</p> <p>Data e luogo di nascita _____ DECEDUTO <input type="checkbox"/></p> <p>Residente a _____ Via _____ n° _____</p> <p>PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : (<i>Denominazione e indirizzo</i>) _____</p> <p>INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> % _____</p> <p>Disponibilità ad occuparsene no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/></p> <p>Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ residente distante KM. _____▪ Impedito fisicamente con invalidità _____▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ <p>Altro _____</p>	<p><u>NOTE X UFFICIO</u></p>
---	-------------------------------------

<p><u>NONNA PATERNA</u>: Cognome e Nome _____</p> <p>Data e luogo di nascita _____ DECEDUTO <input type="checkbox"/></p> <p>Residente a _____ Via _____ n° _____</p> <p>PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : (<i>Denominazione e indirizzo</i>) _____</p> <p>INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> % _____</p> <p>Disponibilità ad occuparsene no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/></p> <p>Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ residente distante KM. _____▪ Impedito fisicamente con invalidità _____▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ <p>Altro _____</p>	<p><u>NOTE X UFFICIO</u></p>
---	-------------------------------------

<p><u>NONNO MATERNO:</u> Cognome e Nome _____</p> <p>Data e luogo di nascita _____ DECEDUTO <input type="checkbox"/></p> <p>Residente a _____ Via _____ n° _____</p> <p>PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : <i>(Denominazione e indirizzo)</i> _____ _____</p> <p>INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> % _____</p> <p>Disponibilità ad occuparsene no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/></p> <p>Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ <p>Altro _____ _____</p>	<p><u>NOTE X</u> <u>UFFICIO</u></p>
--	---

<p><u>NONNA MATERNA:</u> Cognome e Nome _____</p> <p>Data e luogo di nascita _____ DECEDUTA <input type="checkbox"/></p> <p>Residente a _____ Via _____ n° _____</p> <p>PENSIONATO sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> LAVORATORE sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Presso Ditta : <i>(Denominazione e indirizzo)</i> _____ _____</p> <p>INVALIDITA' no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> % _____</p> <p>Disponibilità ad occuparsene no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/></p> <p>Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ <p>Altro _____ _____</p>	<p><u>NOTE X</u> <u>UFFICIO</u></p>
--	---

ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LA FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA - (L.119/2017)

Il sottoscritto DICHIARA:

- di essere a conoscenza che l'inosservanza degli obblighi previsti in materia vaccinale comporta l'esclusione dal servizio.

Data _____

Firma del genitore (o di chi esercita la potestà genitoriale) _____

Il/la sottoscritto/a

PRENDE ATTO CHE

1. Le domande di ammissione al Servizio Prima Infanzia P.E.G, LO SCOIATTOLO sono valutate da apposita Commissione Comunale secondo i criteri stabili dal regolamento di funzionamento, e stilata apposita graduatoria approvata con determinazione del Responsabile del Servizio.
2. Nel caso di domande eccedenti i posti disponibili, verrà predisposta una lista d'attesa utilizzabile qualora, nel corso dell'A.S., si liberino posti.
3. Qualora rimangano posti disponibili il Comune si riserva di valutare l'accoglienza di richiesta di ammissione a Part-time (dalle ore 08.00 alle ore 13.00).
4. Le domande di non residenti possono essere accolte a condizione che siano state interamente soddisfatte le domande dei residenti, fermo restando le disposizioni previste in materia tariffaria.
5. Fino all'inizio del mese di compimento dell'8° mese di età, i bambini non possono frequentare il servizio.
6. I dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali, come previsto dalla legge sulla Privacy;

DICHIARA CHE

- ❖ **QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO.**
- ❖ E' consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 /2000 in caso di attestazioni e mendaci dichiarazioni.
- ❖ Si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'Ufficio Socio-culturale nell'ambito di tali verifiche
- ❖ I dati conferiti possono essere diffusi ai soli fini dell'erogazione del servizio. Essi, compresi quelli sensibili, potranno essere comunicati per gli adempimenti procedurali a soggetti pubblici – (AUSL....) a soggetti privati gestori del servizio, al personale responsabile della mensa scolastica e secondo il regolamento Comunale vigente per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.
- ❖ E' a conoscenza delle norme per il funzionamento del servizio P.G.E. "**Lo Scoiattolo**" e relativo Sistema Tariffario.(Disponibili presso l'ufficio Comunale)

- ❖ Si impegna, ad ammissione avvenuta, al pagamento delle rette di frequenza con le modalità e i tempi indicati dall'Amministrazione Comunale.

DICHIARA INOLTRE CHE

In caso di ammissione, gli avvisi PagoPA per il pagamento delle rette **per l'Anno Educativo 2024/2025** devono essere intestati a:

nome: _____ cognome: _____

C.F.: _____

e inviati al seguente indirizzo mail: _____

AUTORIZZA

Il Comune di Lama Mocogno ad effettuare tutte le comunicazioni e/o informazioni istituzionali dell'ente mediante e-mail all'indirizzo indicato, in sostituzione del cartaceo.

Consenso/autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a, letta l'informativa estesa esposta nell'avviso relativo all'iscrizione ai servizi scolastici comunali per l'A.S. 2024/2025 ed acquisite le relative informazioni, consapevole che il trattamento potrà riguardare "dati personali particolari" (art. 9 Regolamento UE 679/2016), ai sensi della normativa europea ed italiana in materia di trattamento dei dati personali vigente, esprime il proprio consenso per il trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa ricevuta ed alle occorrenti comunicazioni.

Lama Mocogno, li _____

Firma del/la dichiarante
