



COMUNE DI LAMA MOCOGNO
PROVINCIA DI MODENA

Ufficio Servizi Socio Culturali

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 2020/2021**

DA PRESENTARE ENTRO IL 25 FEBBRAIO 2020

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 2020/2021 DEL PROPRIO BAMBINO/A**

DATI DEL BAMBINO/A

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
INDIRIZZO	
CODICE FISCALE	

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

ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI

- (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 nel 2020)

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

Ai sensi degli artt. 46 e 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	

COMPOSIZIONE E CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE

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

SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA**PADRE**

<u>LAVORATORE</u>	☐ dipendente	☐ autonomo	☐ Altro specificare _____	<u>NOTE X UFFICIO</u>
--------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--	------------------------------

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

ORARIO DI LAVORO	
☐ CONTRATTO A TEMPO PIENO DIPENDENTE di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ ☐ CONTRATTOLAVORATORE AUTONOMO di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
☐ CONTRATTO A TEMPO PARZIALE: di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ ☐ CONTRATTO TURNI SETTIMANALI: specificare orari turni _____	

ALTRO:	
---------------	--

MADRE

<u>LAVORATORE</u>	☐ dipendente	☐ autonomo	☐ Altro specificare _____	<u>NOTE X UFFICIO</u>
--------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--	------------------------------

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

ORARIO DI LAVORO	
☐ CONTRATTO A TEMPO PIENO DIPENDENTE di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ ☐ CONTRATTOLAVORATORE AUTONOMO di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____	
☐ CONTRATTO A TEMPO PARZIALE: di ore _____ settimanali dalle _____ alle _____ dalle _____ alle _____ ☐ CONTRATTO TURNI SETTIMANALI: specificare orari turni _____	

ALTRO:	
---------------	--

AFFIDABILITA' EXTRA- FAMILIARE

<u>NONNO PATERNO:</u> Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ DECEDUTO ☐ Residente a _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì ☐ nò ☐ LAVORATORE sì ☐ nò ☐ Tempo pieno ☐ Part time ☐ Presso Ditta : <i>(Denominazione e indirizzo)</i> _____ INVALIDITA' nò ☐ sì ☐ % _____ ☐ deceduto ☐ Altro Disponibilità ad occuparsene nò ☐ sì ☐ Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo: ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ Altro _____	<u>NOTE X UFFICIO</u>
--	-------------------------------------

<u>NONNA PATERNA:</u> Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ DECEDUTO ☐ Residente a _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì ☐ nò ☐ LAVORATORE sì ☐ nò ☐ Tempo pieno ☐ Part time ☐ Presso Ditta : <i>(Denominazione e indirizzo)</i> _____ INVALIDITA' nò ☐ sì ☐ % _____ ☐ Altro Disponibilità ad occuparsene nò ☐ sì ☐ Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo: ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ Altro _____	<u>NOTE X UFFICIO</u>
---	-------------------------------------

<u>NONNO MATERNO:</u> Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ DECEDUTO ☐ Residente a _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì ☐ nò ☐ LAVORATORE sì ☐ nò ☐ Tempo pieno ☐ Part time ☐ Presso Ditta : (Denominazione e indirizzo) _____ INVALIDITA' nò ☐ sì ☐ % _____ ☐ Altro _____ Disponibilità ad occuparsene nò ☐ sì ☐ Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo: ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ Altro _____	<u>NOTE X UFFICIO</u>
--	------------------------------

<u>NONNAMATERNA:</u> Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____ DECEDUTA ☐ Residente a _____ Via _____ n° _____ PENSIONATO sì ☐ nò ☐ LAVORATORE sì ☐ nò ☐ Tempo pieno ☐ Part time ☐ Presso Ditta : (Denominazione e indirizzo) _____ INVALIDITA' nò ☐ sì ☐ % _____ ☐ Altro _____ Disponibilità ad occuparsene nò ☐ sì ☐ Sussistono condizioni di impossibilità/difficoltà ad affidare il bambino, per il seguente motivo: ▪ residente distante KM. _____ ▪ Impedito fisicamente con invalidità _____ ▪ Accudisce coniuge/parente con invalidità _____ Altro _____	<u>NOTE X UFFICIO</u>
---	------------------------------

ATTESTAZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LA FREQUENZA AI SERVIZI EDUCATIVI PERL'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. I posti disponibili a tempo pieno sono n.8 e qualora rimangono posti saranno valutate le domande di Part-time e le domande dei non residenti.
4. Fino all'inizio del mese di compimento dell'8° mese di età, i bambini non possono frequentare il servizio.
5. 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 Servizio Pubblica Istruzione 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.

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. 2020/2021 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, lì _____

Firma del/la dichiarante
