

Domanda n° \_\_\_\_\_

Presentata il \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2012/2013 ALLA  
SCUOLA COMUNALE PER L'INFANZIA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_  
in relazione alla presente domanda di iscrizione alla materna per il proprio figlio/a, valendosi delle  
disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 (qualora cittadino straniero UE o extra UE) e all'art. 5  
(in quanto la dichiarazione è resa dal soggetto esercente la potestà) del T.U. della normativa sulla  
documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni previste  
all'art. 76 e della decadenza dei benefici previsti all'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni  
false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

**dichiara quanto segue:**

**SITUAZIONE DEL BAMBINO**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ sesso:  F  M

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Il bambino è diversamente abile? SI NO

Ha frequentato l'Asilo Nido? SI NO quale ? \_\_\_\_\_

Ha frequentato la scuola materna ? SI NO quale ? \_\_\_\_\_

E' in corso di adozione ? SI NO

**SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE**

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare ? SI NO

In caso di risposta negativa specificare la situazione:

Separati legalmente  Divorziati  Vedovi

Infermità grave o cronica istituzionalizzati di uno dei genitori SI NO

Altro motivo di assenza di uno dei genitori \_\_\_\_\_

FRATELLI E SORELLE	SI	NO	anno di nascita	_____	attualmente scolarizzato	SI	NO
				_____	“ “	SI	NO
				_____	“ “	SI	NO

**ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE**

(esclusi i genitori del bambino e altri figli)

Cognome e Nome	Età	Professione	Grado di parentela col bambino

E' in corso una nuova gravidanza ? SI NO Se sì, la nascita è prevista per il mese di \_\_\_\_\_  
(Allegare certificato medico)

La famiglia risiede in Italia dall'anno \_\_\_\_\_ provenendo da \_\_\_\_\_  
(solo per cittadini stranieri)

#### ANNOTAZIONI EVENTUALI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

es. ulteriori o particolari condizioni dei componenti il nucleo familiare.

#### PADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

#### CONDIZIONE PROFESSIONALE

Occupazione stabile dipendente <input type="checkbox"/>	Contratto formazione lavoro <input type="checkbox"/>	Pensionato <input type="checkbox"/>
Attività in proprio <input type="checkbox"/>	Contratto atipico* <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>
Attività a domicilio <input type="checkbox"/>	In cassa integrazione <input type="checkbox"/>	
Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/>	Disoccupato <input type="checkbox"/>	
	(Iscrizione al collocamento)	

\*In caso di lavoro atipico (co.co.co, lavoro interinale, lavoro stagionale o saltuario) specificare la tipologia di contratto e il numero dei mesi del contratto in essere \_\_\_\_\_

Qualifica ricoperta rispetto al contratto in essere \_\_\_\_\_

#### PER I LAVORATORI DIPENDENTI/AUTONOMI

Ente o ditta presso cui è assunto \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Sede legale azienda ( se diversa dalla sede di lavoro ) \_\_\_\_\_

La sede di lavoro è fissa SI NO

Se No, specificare eventuali altre sedi dove si può essere destinati per periodi superiori a 3 mesi per anno o più volte la settimana con regolarità \_\_\_\_\_

Totale ore lavorative settimanali n° \_\_\_\_\_

Distanza dalla propria residenza alla sede di lavoro KM \_\_\_\_\_

Se la sede di lavoro non è fissa e si può essere destinati per i periodi sopra indicati (3 mesi per anno o più volte la settimana con regolarità) in altre sedi, specificare l'ubicazione della sede legale dell'azienda \_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI EVENTUALI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MADRE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

Occupazione stabile dipendente <input type="checkbox"/>	Contratto formazione lavoro <input type="checkbox"/>	Pensionato <input type="checkbox"/>
Attività in proprio <input type="checkbox"/>	Contratto atipico* <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>
Attività a domicilio <input type="checkbox"/>	In cassa integrazione <input type="checkbox"/>	
Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/>	Disoccupato <input type="checkbox"/>	
Casalinga <input type="checkbox"/>	(iscrizione al collocamento)	

\*In caso di lavoro atipico (co.co.co, lavoro interinale, lavoro stagionale o saltuario) specificare la tipologia di contratto e il numero dei mesi del contratto in essere \_\_\_\_\_

Qualifica ricoperta rispetto al contratto in essere \_\_\_\_\_

**PER LE LAVORATRICI DIPENDENTI/AUTONOMI**

Ente o ditta presso cui è assunta \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Sede legale azienda ( se diversa dalla sede di lavoro) \_\_\_\_\_

La sede di lavoro è fissa                      SI                      NO

Se NO, specificare eventuali altre sedi dove si può essere destinati per periodi superiori a 3 mesi per anno o più volte la settimana con regolarità \_\_\_\_\_

Totale ore lavorative settimanali n° \_\_\_\_\_

Distanza dalla propria residenza alla sede di lavoro KM \_\_\_\_\_

Se la sede di lavoro non è fissa e si può essere destinati per i periodi sopra indicati (3 mesi per anno o più volte la settimana con regolarità) in altre sedi, specificare l'ubicazione della sede legale dell'azienda \_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI EVENTUALI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NONNI****NONNO PATERNO**

Vivente ? SI NO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

indicare la distanza Chilometrica da San Pietro in Casale \_\_\_\_\_

Ha riconosciuta una invalidità civile pari o superiore al 70% SI NO

Presta assistenza ad un familiare diversamente abile certificabile SI NO

**NONNA PATERNA**

Vivente ? SI NO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

indicare la distanza Chilometrica da San Pietro in Casale \_\_\_\_\_

Ha riconosciuta una invalidità civile pari o superiore al 70% SI NO

Presta assistenza ad un familiare diversamente abile certificabile SI NO

**NONNO MATERNO**

Vivente ? SI NO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

indicare la distanza Chilometrica da San Pietro in Casale \_\_\_\_\_

Ha riconosciuta una invalidità civile pari o superiore al 70% SI NO

Presta assistenza ad un familiare diversamente abile certificabile SI NO

**NONNA MATERNA**

Vivente ? SI NO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
età \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

indicare la distanza Chilometrica da San Pietro in Casale \_\_\_\_\_

Ha riconosciuta una invalidità civile pari o superiore al 70% SI NO

Presta assistenza ad un familiare diversamente abile certificabile SI NO

**ANNOTAZIONI EVENTUALI** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si consiglia di leggere attentamente le “indicazioni per la presentazione della domanda di ammissione” allegate al presente modulo. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi all’ Ufficio Scuola tel. 6669523-532.

Lo Sportello Sociale e Scolastico rilascerà una ricevuta della presentazione della domanda.

SI RICORDA CHE LA DOMANDA **DEVE** ESSERE CONSEGNATA ALLO SPORTELLO SOCIALE SCOLASTICO DEL COMUNE DI SAN PIETRO IN CASALE (BO) **ENTRO il 20 Febbraio 2012-ore 12,40.** Gli orari dello Sportello Sociale Scolastico sono i seguenti: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,40 alle ore 12,40- il giovedì dalle ore 8,40 alle ore 12,40 e dalle ore 14,30 alle ore 17,00 e il sabato dalle 9,00 alle 12,00. LE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA PRESENTE DOMANDA SARANNO COMPROVATE CON RICHIESTA DI DOCUMENTI ALLA PERSONA INTERESSATA E/O ACQUISITI D’UFFICIO AI SENSI DEL DPR N. 445/2000.

**AL MOMENTO DELL’ISCRIZIONE NON È POSSIBILE RICHIEDERE UNA SEDE PIUTTOSTO CHE UN’ALTRA. LA SEDE VIENE ASSEGNATA DALL’AMMINISTRAZIONE IN BASE ALLA DISPONIBILITÀ DEI POSTI E ALL’ETA’ DEGLI ISCRITTI.**

FIRMA DEI GENITORI  
(o di chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Per dovere di Legge la informiamo che i dati personali, ed in particolare di quelli sensibili, relativi alla salute di suo figlio, contenuti nella presente, saranno utilizzati per i fini istituzionali del Comune, nello specifico per l’attribuzione del punteggio utile alla formulazione della graduatoria dei servizi scolastici 0/6 anni.*

*Letta l’informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei dati, personali e sensibili, da me forniti ai sensi in applicazione del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali.).*

FIRMA

\_\_\_\_\_