

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 si, la nascita è prevista per il mese di _____
 (Allegare certificato medico)

La famiglia risiede in Italia dall'anno _____ provenendo da _____
 (solo per i 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"/>	
	(iscritto 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 _____

E' necessario leggere attentamente le "indicazioni per la presentazione della domanda di ammissione" allegate al presente modulo prima di compilarlo e riconsegnarlo. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi all'Ufficio Scuola tel. 051/6669523-532.

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

SI RICORDA CHE LA DOMANDA **DEVE** ESSERE PRESENTATA ENTRO LE **ORE 12,40 DEL 28/03/2011** ALLO SPORTELLO SOCIALE SCOLASTICO DEL COMUNE DI SAN PIETRO IN CASALE (BO). L'ORARIO DI RICEVIMENTO DELLO SPORTELLO E' IL SEGUENTE: DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE ORE 8,40 ALLE ORE 12,40, IL SABATO DALLE 9,00 ALLE 12,00 ED IL GIOVEDI' DALLE ORE 8,40 ALLE ORE 12,40 E DALLE ORE 14,30 ALLE ORE 17,00. LE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA PRESENTE DOMANDA POTRANNO ESSERE VERIFICATE CON RICHIESTA DI DOCUMENTI ALLA PERSONA INTERESSA E/O D'UFFICIO AI SENSI DEL DPR N. 445/2000.

AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE NON E' POSSIBILE RICHIEDERE UNA SEDE PIUTTOSTO CHE UN'ALTRA. LA SEDE VIENE ASSEGNATA DALL'AMMINISTRAZIONE IN BASE ALLA DISPONIBILITA' 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 unicamente per 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 in applicazione del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali.).

FIRMA
