



RICHIESTA DI AMMISSIONE ASILO NIDO DI MERANO GRADUATORIA ANNO EDUCATIVO _____ (AUTOCERTIFICAZIONE art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ASILO NIDO MADDALENA DI CANOSSA

Il/La sottoscritto/a, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, tutore, tutrice o affidatario/a (decreto del _____ n. _____ di data _____) _____ residente a _____ in via _____ chiede l'ammissione all'Asilo nido del/della bambino/a _____ nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____ e dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché dall'art. 2-bis della legge provinciale n. 17/93 e successive modifiche quanto segue:

1. COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA (persone che convivono effettivamente con il/la bambino/a):

	Nome e cognome	Rapporto di parentela con bambino/a	Data di nascita	Cittadinanza
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- N. _____ figli di età da 0 a <3 anni a carico del nucleo familiare
 N. _____ figli di età da 3 a <14 anni a carico del nucleo familiare

2. SITUAZIONE DI MONOGENITORIALITÀ

- di essere una famiglia monoparentale solo/a con il/la bambina
 di essere una famiglia monoparentale convivente con altra persona

3. ATTUALE SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA

	PADRE	MADRE
COGNOME E NOME		
PROFESSIONE ATTUALE		
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> occupato/studente* <input type="checkbox"/> disoccupato iscritto nelle liste ** <input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> occupata/studentessa* <input type="checkbox"/> disoccupata iscritta nelle liste ** <input type="checkbox"/> disoccupata
DATORE DI LAVORO		
PERCENTUALE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> dal 76% al 100% <input type="checkbox"/> dal 51% al 75% <input type="checkbox"/> fino al 50%	<input type="checkbox"/> dal 76% al 100% <input type="checkbox"/> dal 51% al 75% <input type="checkbox"/> fino al 50%
ORARIO DI LAVORO		
SEDE DI LAVORO STABILE - indicare Comune e relativa Provincia	impiego lavorativo a tempo pieno fuori Comune di residenza <input type="checkbox"/> Comune _____ Provincia di _____	impiego lavorativo a tempo pieno fuori Comune di residenza <input type="checkbox"/> Comune _____ Provincia di _____

* È necessario **allegare** alla domanda la **dichiarazione** di frequenza alla Scuola.

** È necessario **allegare** alla domanda la **dichiarazione** di iscrizione alle liste di disoccupazione (aggiornato al 2022).

4. STATI DI MALATTIA E INVALIDITÀ DEI FAMILIARI CONVIVENTI

- N. _____ familiari conviventi con invalidità superiore al 70%
 N. _____ familiari conviventi con invalidità dal 50% al 70%
 N. _____ familiari conviventi con malattia grave certificata

(allegare certificato medico di uno specialista per l'attestazione della gravità oppure certificato che attesti un'invalidità)

5. DIETA SPECIALE

- **CHIEDE il seguente menù a scelta** (in assenza di selezione verrà attivato il menù convenzionale):

- menù senza alcun tipo di carne menù senza carne di maiale
 menù senza carne di manzo menù senza carne e pesce

MENÙ SPECIALE PER MOTIVI SANITARI: per richiedere una dieta speciale per motivi sanitari deve essere presentato un certificato medico (aggiornato all'anno corrente) e compilato l'apposito modulo reperibile al seguente link: https://www.comune.merano.bz.it/it/Scuola_materna che dovrà essere **CONSEGNATO (A MANO IN BUSTA CHIUSA)** all'Ufficio istruzione e scuole (stanza 132) **previo appuntamento telefonico** al numero 0473/250478 **entro 15 giorni dall' accettazione del posto.**

Il certificato medico deve essere redatto da pediatri di libera scelta (PLS di base), da medici di medicina generale (MMG) o medici dei servizi di allergologia ospedaliera o medici del servizio dietetico nutrizionale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Il certificato deve riportare l'indicazione **ESPRESSA** della patologia per la quale si richiede la dieta (menù speciale) In caso di dubbio il Comune si avvarrà della consulenza del Servizio Dietetico e Nutrizionale del Comprensorio Sanitario di Merano.

6. FASCIA DI FREQUENZA

Tipologia	Orari di accoglimento	Orari di ritiro	Barrare opzione prescelta
Mattina	dalle 7.30 alle 8.30	dalle 11.30 alle 12.30	<input type="checkbox"/>
Giornaliero	dalle 7.30 alle 8.30	dalle 14.30 alle 15.30	<input type="checkbox"/>
Prolungato	dalle 7.30 alle 8.30	dalle 16.30 alle 17.00	<input type="checkbox"/>
Pomeriggio	dalle 12.30 alle 13.00	dalle 16.30 alle 17.00	<input type="checkbox"/>

DICHIARO CHE:

- tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti. Dichiaro che, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche, e dell'art. 2-bis L.P. n. 17/93 e successive modifiche, sono stato/a avvertito/a e sono consapevole della conseguente responsabilità penale prevista dal codice penale e delle leggi speciali in materia, cui vado incontro in caso di dichiarazioni false ed incomplete nonché dell'uso di atti falsi, e delle conseguenze dell'indebita percezione di vantaggi economici.
- ho ricevuto le informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli art. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente nell'ambito del procedimento per la quale la presente dichiarazione viene resa. Le predette informazioni sul trattamento dei dati personali sono reperibili al seguente link: <http://www.comune.merano.bz.it/it/Amministrazione/Web/Privacy> e sono consultabili nei locali del municipio.
- all'atto della richiesta sono state osservate le disposizioni di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice civile sulla responsabilità genitoriale, che prevedono una decisione condivisa da parte dei genitori.
- Sono a conoscenza delle disposizioni in materia di prevenzione vaccinale (decreto legislativo del 7 giugno 2017, n. 73, convertito con legge del 31 luglio 2017, n. 119 e la legge del 21 settembre 2018, n. 108).

Questa richiesta di ammissione va inviata via mail all'indirizzo servizieducativi@comune.merano.bz.it entro 28 febbraio. La Sua domanda è valida fino all'approvazione della prossima graduatoria.

Il/La dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio competente ogni variazione relativa a quanto contenuto nella presente richiesta.

_____, il _____

IL/LA DICHIARANTE

Allegati VSE n. _____ emesso il _____

fotocopia della carta d'identità n. _____ emessa il _____

TELEFONO E INDIRIZZO E MAIL

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

		PUNTI PADRE	PUNTI MADRE	TOTALE
RESIDENZA DEL/LA BAMBINO/A	SI <input type="checkbox"/>			
	NO <input type="checkbox"/>			
SITUAZIONE DI MONOGENITORIALITÀ	<input type="checkbox"/> famiglia monoparentale solo/a con il/la bambino/a			
	<input type="checkbox"/> famiglia monoparentale convivente con altra persona			
ULTERIORI FIGLI A CARICO DEL NUCLEO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> N. _____ figli di età da 0 a <3 anni			
	<input type="checkbox"/> N. _____ figli di età da 3 a <14 anni			
CONDIZIONI LAVORATIVE DEI GENITORI	<input type="checkbox"/> occupato/a studente/studentessa			
	<input type="checkbox"/> disoccupato/a iscritto/a nelle liste			
	<input type="checkbox"/> disoccupato/a			
PERCENTUALE LAVORATIVA DEI GENITORI	<input type="checkbox"/> tempo pieno (dal 76% al 100%)			
	<input type="checkbox"/> part-time (dal 51% al 75%)			
	<input type="checkbox"/> part-time (fino al 50%)			
STATI DI MALATTIA E INVALIDITÀ DEI FAMILIARI CONVIVENTI	<input type="checkbox"/> N. ____ familiari conviventi con invalidità superiore al 70%			
	<input type="checkbox"/> N. _____ familiari conviventi con invalidità dal 50% al 70%			
	<input type="checkbox"/> N. _____ familiari conviventi con malattia grave certificata			
SEDE DI LAVORO DEI GENITORI	<input type="checkbox"/> impiego lavorativo a tempo pieno fuori Comune di residenza			
ATTESTAZIONE VSE (Valore della situazione economica del nucleo familiare)				
TOTALE				