



## **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):**

	<b>Nome e cognome</b>	<b>Rapporto di parentela con bambino/a</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
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](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](mailto: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
<b>RESIDENZA DEL/LA BAMBINO/A</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>			
	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>			
<b>SITUAZIONE DI MONOGENITORIALITÀ</b>	<input type="checkbox"/> famiglia monoparentale solo/a con il/la bambino/a			
	<input type="checkbox"/> famiglia monoparentale convivente con altra persona			
<b>ULTERIORI FIGLI A CARICO DEL NUCLEO FAMILIARE</b>	<input type="checkbox"/> N. _____ figli di età da 0 a <3 anni			
	<input type="checkbox"/> N. _____ figli di età da 3 a <14 anni			
<b>CONDIZIONI LAVORATIVE DEI GENITORI</b>	<input type="checkbox"/> occupato/a studente/studentessa			
	<input type="checkbox"/> disoccupato/a iscritto/a nelle liste			
	<input type="checkbox"/> disoccupato/a			
<b>PERCENTUALE LAVORATIVA DEI GENITORI</b>	<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%)			
<b>STATI DI MALATTIA E INVALIDITÀ DEI FAMILIARI CONVIVENTI</b>	<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			
<b>SEDE DI LAVORO DEI GENITORI</b>	<input type="checkbox"/> impiego lavorativo a tempo pieno fuori Comune di residenza			
<b>ATTESTAZIONE VSE</b> (Valore della situazione economica del nucleo familiare)				
<b>TOTALE</b>				