



GESUCH UM AUFNAHME IN DIE MERANER KINDERKRIPPEN RANGORDNUNG ERZIEHUNGSJAHR _____ (EIGENERKLÄRUNG nach Art. 46 D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000)

MADDALENA DI CANOSSA

Ich, Unterfertigte/r _____ wohnhaft in _____
_____, ersuche in meiner Eigenschaft als Sorgeberechtigte/r, Vormund oder
Pflegeperson kraft Dekrets von (Name der Behörde) _____ Nr. _____ mit Datum
_____ um Aufnahme des Kindes _____, geboren am
_____, Steuernummer _____ und wohnhaft in
_____ in die Kinderkrippe. Ich bin über die Bestimmungen von Artikel 76 des D.P.R. Nr. 445
vom 28. Dezember 2000 und Artikel 2-bis des Landesgesetzes Nr. 17/93 in geltender Fassung informiert
und erkläre unter meiner Verantwortung Folgendes:

1. ZUSAMMENSETZUNG DER FAMILIE (Mitglieder, die tatsächlich zusammen mit dem Kind leben):

	Vor- und Zuname	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- Anzahl _____ unterhaltspflichtige Kinder von 0 bis weniger als 3 Jahren
 Anzahl _____ unterhaltspflichtige Kinder von 3 bis weniger als 14 Jahren

2. FAMILIE MIT EINEM ELTERNTEIL

- Alleinerziehende/r zu sein und nur mit dem Kind zusammenlebt
 Alleinerziehende/r zu sein und mit anderen Personen zusammenlebt

3. DERZEITIGE ARBEITSBEDINGUNGEN DER ELTERN

	VATER	MUTTER
VORNAME UND ZUNAME		
DERZEITIGER BERUF		
ARBEITSVERHÄLTNIS	<input type="checkbox"/> erwerbstätig/noch in der Ausbildung* <input type="checkbox"/> in den Arbeitslosenlisten eingetragen** <input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> erwerbstätig/noch in der Ausbildung* <input type="checkbox"/> in den Arbeitslosenlisten eingetragen** <input type="checkbox"/> arbeitslos
ARBEITGEBER		
BESCHÄFTIGUNGSPROZENTSATZ	<input type="checkbox"/> von 76% bis 100% <input type="checkbox"/> von 51% bis 75% <input type="checkbox"/> bis zu 50%	<input type="checkbox"/> von 76% bis 100% <input type="checkbox"/> von 51% bis 75% <input type="checkbox"/> bis zu 50%
STUNDENPLAN		
ARBEITSSITZ Gemeinde und entsprechende Provinz angeben	Vollzeitbeschäftigung außerhalb der Wohnsitzgemeinde <input type="checkbox"/> Gemeinde _____ Provinz _____	Vollzeitbeschäftigung außerhalb der Wohnsitzgemeinde <input type="checkbox"/> Gemeinde _____ Provinz _____

* Es ist erforderlich, dem **Gesuch** die Erklärung zum Schulbesuch **beizulegen**.

** Es ist erforderlich, dem **Gesuch** die Erklärung zur Eintragung in die Arbeitslosenlisten **beizulegen** (Stand Jahr 2022)

4. KRANKHEITEN ODER INVALIDITÄT DER ZUSAMMENLEBENDEN FAMILIENMITGLIEDER

- Anzahl _____ zusammenlebende Familienmitglieder mit einer Invalidität von mehr als 70%
- Anzahl _____ zusammenlebende Familienmitglieder mit einer Invalidität von 50% bis 70%
- Anzahl _____ zusammenlebende Familienmitglieder mit nachgewiesener schwerwiegender Erkrankung

(die fachärztliche Bescheinigung über die schwerwiegende Krankheit oder die Bestätigung über die Invalidität beilegen)

5. SPEZIELLE DIÄT

- **WÄHLT folgendes Menü** (falls keine Menüwahl getroffen wird, wird das Standardmenü serviert):

- Menü ohne Fleisch
- Menü ohne Schweinefleisch
- Menü ohne Rindfleisch
- Menü ohne Fleisch und Fisch

SONDERMENÜ AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN: Muss aus gesundheitlichen Gründen eine individuell abgestimmte Diät befolgt werden, muss ein ärztliches Attest (Stand laufenden Jahr) und der entsprechende Antrag auf Diätkost aus gesundheitlichen Gründen, welcher unter folgender Internetverbindung: https://www.comune.merano.bz.it/de/Kindergarten_3 eingesehen wird innerhalb **15 Tage seit Annahme des Platzes** IN EINEM VERSCHLOSSENEN KUVERT – nach vorheriger Anmeldung (Tel. 0473/250478) - im Amt für Bildung und Schulen - Zimmer 132 PERSÖNLICH eingereicht werden. Das ärztliche Attest muss vom Basiskinderarzt/von der Basiskinderärztin oder von einem Allgemeinmediziner/einer Allgemeinmedizinerin, von einem Allergologen/einer Allergologin des Krankenhauses oder von einem Arzt/einer Ärztin des Dienstes für Diät und Ernährung des Südtiroler Sanitätsbetriebes ausgestellt werden. Aus diesem Attest muss EINDEUTIG hervorgehen, aufgrund welcher Krankheit das Sondermenü beantragt wird. In Zweifelsfällen kann die Stadtverwaltung den Dienst für Diät und Ernährung des Gesundheitsbezirk Meran zu Rate ziehen.

6. ZEITSPANNE

Typologie	Eingangszeiten	Ausgangszeiten	Entsprechendes ankreuzen
Vormittags	von 7.30 bis 8.30	von 11.30 bis 12.30	<input type="checkbox"/>
Ganztags	von 7.30 bis 8.30	von 14.30 bis 15.30	<input type="checkbox"/>
Verlängert	von 7.30 bis 8.30	von 16.30 bis 17.00	<input type="checkbox"/>
Nachmittags	von 12.30 bis 13.00	von 16.30 bis 17.00	<input type="checkbox"/>

• **Erkläre folgendes:**

- Dass sämtliche Angaben im Gesuch der Wahrheit entsprechen und dass nichts Wichtiges verschwiegen wurde. Im Sinne von Artikel 76 des DPR Nr. 445/2000 und Artikel 2-bis des LG 17/93 in geltender Fassung machen wir Sie darauf aufmerksam, dass unwahre oder unvollständige Angaben sowie die Vorlage falscher Urkunden mit dem Ziel, unrechtmäßig in den Genuss wirtschaftlicher Vergünstigungen zu kommen, nach dem Strafgesetzbuch sowie nach den Sondergesetzen strafbar sind.
- Dass ich die Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß Artikel 12, 13 und 14 der EU-Verordnung 2016/679 im Bereich des Verfahrens, für welches die Erklärung abgegeben wird, erhalten habe, welche unter folgender Internetverbindung: <http://www.gemeinde.meran.bz.it/de/Stadtverwaltung/Web/Datenschutz> eingesehen werden können. Die Informationen sind auch in den Räumlichkeiten des Rathauses zur Einsicht angeschlagen.
- Dass bei dem Gesuch die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (Artikel 316, 337-ter und 337-quater) zur elterlichen Gewalt berücksichtigt wurden, wonach beide Elternteile Entscheidungen im gegenseitigen Einvernehmen treffen.
- Dass ich die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich Erfüllung der Impfpflicht beachte (Gesetzdekret Nr. 73 vom 7. Juni 2017 umgewandelt mit Gesetz Nr. 119 vom 31. Juli 2017 und mit Gesetz Nr. 108 vom 21. September 2018).

Dieses Gesuch ist spätestens bis zum 28. FEBRUAR an die E-Mail-Adresse erziehungsdienste@gemeinde.meran.bz.it zu senden. Ihr Ansuchen ist bis zum Inkraft-Treten der nächsten Rangliste gültig.

Ich, Unterfertigte/r verpflichte mich, dem zuständigen Amt allfällige Änderungen der oben erklärten Angaben umgehend mitzuteilen.

_____, am _____

UNTERSCHRIFT

Anlagen:

FWL Nr. _____, ausgestellt am _____,

Identitätskarte Nr. _____, ausgestellt am _____,

TELEFONNUMMERN und EMAIL ADRESSE

DEM AMT VORBEHALTEN

		PUNKTE VATER	PUNKTE MUTTE	GESAMT
WOHNSITZ DES KINDES	JA <input type="checkbox"/>			
	NEIN <input type="checkbox"/>			
FEHLEN EINES ELTERNTEILS	<input type="checkbox"/> Familie mit einem Elternteil (lebt alleine mit dem Kind)			
	<input type="checkbox"/> Familie mit einem Elternteil (lebt mit anderen Personen)			
ANZAHL ZUSÄTZLICHE ZU LASTEN LEBENDE KINDER	<input type="checkbox"/> Nr. _____ Kinder von 0 bis <3 Jahren			
	<input type="checkbox"/> Nr. _____ Kinder von 3 bis <14 Jahren			
ARBEITSBEDINGUNGEN	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in - Student/in			
	<input type="checkbox"/> eingeschrieben in Arbeitslosenliste			
	<input type="checkbox"/> arbeitslos			
ZEITBESCHÄFTIGUNG DER ELTERN	<input type="checkbox"/> von 76% bis 100%			
	<input type="checkbox"/> von 51% bis 75%			
	<input type="checkbox"/> bis zu 50%			
KRANKHEITEN ODER INVALIDITÄT VON ZUSAMMENLEBENDEN FAMILIENMITGLIEDERN	<input type="checkbox"/> Anzahl _____ Familienmitglieder mit einer Invalidität von mehr als 70%			
	<input type="checkbox"/> Anzahl _____ Familienmitglieder mit einer Invalidität von 50% bis 70%			
	<input type="checkbox"/> Anzahl _____ Familienmitglieder mit schwerwiegender Erkrankung			
ARBEITSSITZ DER ELTERN	<input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit außerhalb des Gemeindegebietes			
BESCHEINIGUNG FWL (Faktor der wirtschaftlichen Lage der Familie)				
GESAMT				