



Comune di Riolo Terme - Unione della Romagna Faentina
Area Servizi alla Comunità
Servizio Infanzia e Servizi Educativi Integrativi

Modulo di iscrizione al Nido di Infanzia - A.E. 2024/2025

Sezione Dichiarante

Il/La sottoscritto/a

DATI GENITORE/TUTORE

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Stato/Nazione

Provincia

Localita'

Sesso

Codice fiscale

Cittadinanza

Stato/Nazione

Residente in

Provincia

Localita'

Cap

Indirizzo	<input type="text"/>
la residenza coincide con il domicilio	<input type="text"/>
<i>Domiciliato in</i>	
Provincia	<input type="text"/>
Localita'	<input type="text"/>
Cap	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Allega permesso di soggiorno del Dichiarante se cittadino extracomunitario	Allegati n° 0 file
Telefono casa	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>
Altro telefono	<input type="text"/>
Altro telefono	<input type="text"/>
Email (N.B Non è possibile indicare un indirizzo email .ru)	<input type="text"/>
P.E.C	<input type="text"/>

Sezione Alunno

CHIEDO

l'iscrizione al Nido d'Infanzia Comunale "Peter Pan" mediante la graduatoria comunale per l'anno educativo 2024/2025, del minore come di seguito specificato:

DATI ALUNNO

Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
<i>Luogo di nascita</i>	

Stato/Nazione	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>
Localita'	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>
<i>Cittadinanza</i>	
Stato/Nazione	<input type="text"/>
<i>Residente in</i>	
Provincia	<input type="text"/>
Localita'	<input type="text"/>
Cap	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>

Indicare IN ORDINE DI PRIORITA' le sole tipologie di frequenza che interessano

FULL-TIME 07:30 - 17:30
PART-TIME 07:30 - 13:00

N.B In caso di rifiuto della tipologia di posto assegnato, il nominativo verrà eliminato dalla graduatoria.

Preferenze Scuola

1^ Preferenza	<input type="text"/>
2^ Preferenza	<input type="text"/>

Dichiarazioni

DICHIARO

sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dall'art. 495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci, in conformità a quanto previsto dell'art. 46 del DPR 445/2000 quanto segue:

di esercitare la potestà genitoriale, in qualità di

Altro

che il minore

è stato sottoposto alle vaccinazioni d'obbligo (L. 119/2017)

sarà sottoposto alle vaccinazioni d'obbligo (L. 119/2017)

di essere a conoscenza che in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 3 bis della Legge 119/2017 (normativa sulle vaccinazioni) i dati relativi al minore di cui viene richiesta l'iscrizione al nido, verranno trasmessi all'Azienda Sanitaria Locale competente territorialmente al fine di una verifica in merito alla situazione vaccinale;

che il minore che si iscrive sta già frequentando un servizio 0-3

SI

NO

Specificare

di non essere residente nel Comune di Riolo Terme e

di presentare richiesta di residenza entro il giorno di chiusura del bando (l'avvenuta iscrizione anagrafica verrà accertata d'Ufficio)

di aver acquistato la prima casa nel territorio comunale e di trasferire la propria residenza e la residenza del minore nell'immobile acquistato entro il 31/12 dell'anno di iscrizione, pena l'applicazione della retta massima

di aver affittato con contratto di locazione ad uso abitativo dell'immobile da adibire ad abitazione principale nel territorio comunale e di trasferire la propria residenza e la residenza del minore nell'immobile locato, entro il 31/12 dell'anno di iscrizione, pena l'applicazione della retta massima

Allega copia del contratto di acquisto prima casa registrato o copia registrata del contratto di locazione

Allegati n° 0 file

Priorità

DIRITTO DI PRECEDENZA ASSOLUTO

Il bambino che si iscrive si trova in condizione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 (si allega certificazione)

SI

NO

Allega certificazioni relative alla
disabilità ai sensi della L. 104/92
del bambino che si iscrive

Allegati n° 0 file

Il bambino che si iscrive proviene da nucleo in situazione di disagio socio familiare o gravi difficoltà nello svolgimento dei compiti di assistenza, cura ed educazione (compresa l'assenza affettiva ed economica di uno dei due genitori) con necessità di inserimento nei servizi educativi a tutela del benessere del bambino oppure bambino che si trova in condizione di affidamento familiare temporaneo, situazioni certificate dall'autorità giudiziaria, dai competenti Servizi Sociali oppure bambino adottato o in corso di adozione

SI

NO

DIRITTO DI PRECEDENZA A PARITA' DI PUNTEGGIO

Il bambino che si iscrive è presente nella graduatoria dei servizi educativi nell'anno precedente ed è rimasto in lista d'attesa

SI

NO

Il bambino che si iscrive ha un fratello/sorella che a settembre 2024 frequenterà il servizio scelto (indicare quale nido)

SI

NO

Indicare il nido

Situazione familiare

SITUAZIONE FAMILIARE

Il bambino che si iscrive è nato prima del termine indicare la settimana di gestazione alla nascita

SI (se nato prima della 37° settimana)

NO

N° di settimane

Presenza di un unico genitore che esercita la responsabilità genitoriale (decesso, mancato riconoscimento dei figli, con genitore in carcere, irreperibilità anagrafica accertata di un genitore, sospensione o decadenza dalla responsabilità genitoriale)

SI

NO

Bambino con genitori separati o divorziati

SI

NO

Nucleo familiare composto unicamente da genitore/i e figli

SI

NO

Numero di figli a carico conviventi in età 0-6 (escluso il bambino che si iscrive)

Numero di figli a carico conviventi in età 7-14

Presenza di genitore con disabilità o con invalidità, presente e convivente con il bambino che si iscrive

SI

NO

Avente certificazione di gravità 100%

Nome e cognome

Allega certificazioni relative a condizioni di disabilità o invalidità del genitore residente e conviventi

Allegati n° 0 file

con il bambino che si iscrive

Avente certificazione di gravità superiore al 65% ed inferiore al 100%

Nome e cognome

Allega certificazioni relative a condizioni di disabilità o invalidità del genitore residente e conviventi con il bambino che si iscrive

Allegati n° 0 file

Presenza nel nucleo familiare di persone conviventi non autosufficienti (si allega certificazione)

Allega certificazioni relative a condizioni di disabilità o invalidità di altre persone conviventi con il bambino che si iscrive

Allegati n° 0 file

Nuova gravidanza in corso

SI

NO

Allega certificato di gravidanza in corso

Allegati n° 0 file

DICHIARA INOLTRE

che i dati anagrafici dell'altro genitore del minore

Dati altro genitore

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Stato/Nazione

Provincia	<input type="text"/>
Localita'	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>
<i>Cittadinanza</i>	
Stato/Nazione	<input type="text"/>
<i>Residente in</i>	
Provincia	<input type="text"/>
Localita'	<input type="text"/>
Cap	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Telefono casa	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>
Altro telefono	<input type="text"/>
Altro telefono	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Documento di identità in corso di validità	Allegati n° 0 file
Allega permesso di soggiorno dell'altro genitore se cittadino extracomunitario	Allegati n° 0 file

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

Lavoro di entrambi i genitori

SI

NO

Lavoro di un solo genitore (se nucleo familiare monoparentale)

SI

NO

Lavoro di un genitore e uno disoccupato (purché iscritto al Centro per l'Impiego)

SI

NO

Entrambi i genitori disoccupati o in cerca di prima occupazione

SI

NO

Un solo genitore disoccupato per nucleo monoparentale

SI

NO

Situazione lavorativa del dichiarante

SITUAZIONE LAVORATIVA DEL DICHIARANTE

Tipologia dell'attività lavorativa

Lavoratore Dipendente

Titolare associato o collaboratore/coadiutore familiare di impresa iscritta presso una C.C.I.A.A. (Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura)

Libero professionista

Studente frequentante (di età non superiore a 30 anni)

Studente frequentante corso post laurea (di età non superiore a 35 anni)

Praticantato finalizzato all'accesso a professioni regolarmente (es.: contratto di formazione specialistica)

Percettore di ammortizzatori sociali (NASpl, ASDI - Assegno di disoccupazione-, DIS-COLL-disoccupazione per i collaboratori-, ISCRO- Indennità Straordinaria di Continuità Reddituale e Operativa-, CIG-Cassa Integrazione Guadagni-. CIGS-Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria-)

Disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego

Inoccupato

Allega documentazione attestante
la percezione di ammortizzatori
sociali

Allegati n° 0 file

LAVORATORE DIPENDENTE

Azienda/Ente

Comune (della) Sede

Indirizzo

Allega copia dell'ultima busta paga
(gennaio o febbraio o marzo 2024)
o del Contratto di lavoro (SOLO se
iniziato a febbraio o marzo o aprile
2024)

Allegati n° 0 file

TITOLARE, ASSOCIATO O COLLABORATORE/COADIUTORE FAMILIARE DI IMPRESA ISCRITTA PRESSO UNA C.C.I.A.A. (Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura)

Impresa iscritta presso la C.C.I.A.A. di

n. R.E.A.

Partita IVA n.

per l'attività di

LIBERO PROFESSIONISTA

Partita IVA n.

per l'attività di

iscritto all'albo professionale

con n.

Allega copia del certificato di
attribuzione/variazione del numero

Allegati n° 0 file

di Partita Iva rilasciato dall'Agenzia
delle Entrate

STUDENTE FREQUENTANTE (DI ETA' NON SUPERIORE A 30 ANNI)

Scuola/Ateneo

Sede

Indirizzo

Anno di frequenza

Allega attestato di frequenza a
corsi di studio

Allegati n° 0 file

**STUDENTE FREQUENTANTE CORSO POST LAUREA (DI ETA' NON SUPERIORE AI
35 ANNI)**

Corso Post Laurea

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

Allega attestato di frequenza a
corsi di studio

Allegati n° 0 file

**PRATICANTATO FINALIZZATO ALL'ACCESSO A PROFESIONI REGOLAMENTATE
(ES.: CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA)**

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

Allega contratto di
praticantato/formazione
specialistica

Allegati n° 0 file

Luogo effettivo di lavoro

Sede di Lavoro

Luogo di lavoro

Indirizzo

Si valuta la distanza di sola andata tra l'indirizzo di residenza di ciascun genitore e il luogo dove si svolge l'attività di lavoro (prendendo a riferimento quanto indicato nelle buste paga, per i lavoratori dipendenti, e nella visura camerale, per i lavoratori autonomi) prevalente, calcolata con l'utilizzo di "www.google.it/maps/" e considerando il percorso con la distanza più breve. Per professionisti quali rappresentanti di commercio, informatori medici e figure professionali che sono ad essi equiparabili in quanto svolgono un'attività lavorativa che richiede spostamenti in più Comuni e una seppur minima autonomia nell'organizzazione dell'attività, per valutare la sede di lavoro verrà tenuto conto di quanto dichiarato all'interno del certificato di attribuzione/variazione del numero di Partita Iva rilasciato dall'Agenzia delle Entrate e, in mancanza, sarà considerato l'indirizzo di residenza. Per coloro che stanno percependo la "cassa integrazione a zero ore" (sospensione totale dal lavoro), la sede di lavoro è considerata all'interno del territorio del Comune di residenza.

Orario settimanale di lavoro

Orario di Lavoro Settimanale

L'orario degli insegnanti è considerato full-time o part-time tenendo in considerazione la tipologia di orario indicato nel contratto individuale e nel contratto collettivo nazionale di settore e non prendendo a riferimento le fasce orarie come sopra individuate.

Situazione lavorativa dell'altro genitore

SITUAZIONE LAVORATIVA DELL'ALTRO GENITORE

Tipologia dell'attività lavorativa

- Lavoratore Dipendente
- Titolare associato o collaboratore/coadiutore familiare di impresa iscritta presso una C.C.I.A.A. (Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura)
- Libero professionista
- Studente frequentante (di età non superiore a 30 anni)
- Studente frequentante corso post laurea (di età non superiore a 35 anni)
- Praticantato finalizzato all'accesso a professioni regolarmente (es.: contratto di formazione specialistica)

- Percettore di ammortizzatori sociali (NASpl, ASDI - Assegno di disoccupazione-, DIS-COLL-disoccupazione per i collaboratori-, ISCRO- Indennità Straordinaria di Continuità Reddituale e Operativa-, CIG-Cassa Integrazione Guadagni-. CIGS-Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria-)
- Disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego
- Inoccupato

Allega documentazione attestante la percezione di ammortizzatori sociali

Allegati n° 0 file

LAVORATORE DIPENDENTE

Azienda/Ente

Comune (della) Sede

Indirizzo

Allega copia dell'ultima busta paga (gennaio o febbraio o marzo 2024) o del Contratto di lavoro (SOLO se iniziato a febbraio o marzo o aprile 2024)

Allegati n° 0 file

TITOLARE, ASSOCIATO O COLLABORATORE/COADIUTORE FAMILIARE DI IMPRESA ISCRITTA PRESSO UNA C.C.I.A.A. (Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura)

Impresa iscritta presso la C.C.I.A.A. di

n. R.E.A.

Partita IVA n.

per l'attività di

LIBERO PROFESSIONISTA

Partita IVA n.

per l'attività di

iscritto all'albo professionale

con n.

Allega copia del certificato di
attribuzione/variazione del numero
di Partita Iva rilasciato dall'Agenzia
delle Entrate

Allegati n° 0 file

STUDENTE FREQUENTANTE (DI ETA' NON SUPERIORE A 30 ANNI)

Scuola/Ateneo

Sede

Indirizzo

Anno di frequenza

Allega attestato di frequenza a
corsi di studio

Allegati n° 0 file

**STUDENTE FREQUENTANTE CORSO POST LAUREA (DI ETA' NON SUPERIORE AI
35 ANNI)**

Corso Post Laurea

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

Allega attestato di frequenza a
corsi di studio

Allegati n° 0 file

**PRATICANTATO FINALIZZATO ALL'ACCESSO A PROFESIONI REGOLAMENTATE
(ES.: CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA)**

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

Allega contratto di

Allegati n° 0 file

praticantato/formazione
specialistica

Luogo effettivo di lavoro

Sede di Lavoro

Luogo di lavoro

Indirizzo

Si valuta la distanza di sola andata tra l'indirizzo di residenza di ciascun genitore e il luogo dove si svolge l'attività di lavoro (prendendo a riferimento quanto indicato nelle buste paga, per i lavoratori dipendenti, e nella visura camerale, per i lavoratori autonomi) prevalente, calcolata con l'utilizzo di "www.google.it/maps/" e considerando il percorso con la distanza più breve. Per professionisti quali rappresentanti di commercio, informatori medici e figure professionali che sono ad essi equiparabili in quanto svolgono un'attività lavorativa che richiede spostamenti in più Comuni e una seppur minima autonomia nell'organizzazione dell'attività, per valutare la sede di lavoro verrà tenuto conto di quanto dichiarato all'interno del certificato di attribuzione/variazione del numero di Partita Iva rilasciato dall'Agenzia delle Entrate e, in mancanza, sarà considerato l'indirizzo di residenza. Per coloro che stanno percependo la "cassa integrazione a zero ore" (sospensione totale dal lavoro), la sede di lavoro è considerata all'interno del territorio del Comune di residenza.

Orario settimanale di lavoro

Orario di Lavoro Settimanale

L'orario degli insegnanti è considerato full-time o part-time tenendo in considerazione la tipologia di orario indicato nel contratto individuale e nel contratto collettivo nazionale di settore e non prendendo a riferimento le fasce orarie come sopra individuate.

Dichiarazioni Finali

IL RICHIEDENTE

- DICHIARA di avere preso visione del Regolamento di Gestione dei servizi educativi per la prima infanzia dell'unione della Romagna Faentina, consultabile alla pagina

[Nido d'infanzia \(0 -3 anni\) / Servizi 0-3 anni, Ludoteca e Centri Estivi / Guida ai servizi / Home - Sito Ufficiale del Comune di Faenza](#)

- DICHIARA di avere ricevuto puntuali informazioni circa il procedimento amministrativo

oggetto della presente richiesta e di averne compreso le finalità e le modalità di trattamento, ed in particolare che

- il titolare del trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) è l'Unione della Romagna Faentina,
- i dati forniti sono necessari all'istruttoria del procedimento per ottenere quanto richiesto e saranno trattati con strumenti informatici ovvero cartacei,

i dati forniti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), dal D.lgs. n. 101/2018, dal D.L. n. 132/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 178/2021, dal D.L. n. 139/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 205/2021 e della normativa che si applica alla Pubblica Amministrazione Italiana per maggiori informazioni consultare il Link <http://www.romagnafaentina.it/Note-legali/Privacy>

DICHIARA sotto la propria responsabilità quanto sopra riportato e SI IMPEGNA ad assumere a proprio carico l'onere del pagamento della retta di frequenza