



Comune di Rufina
Area AA.GG. Servizi Sociali Educativi Culturali
U.O Servizi Sociali Educativi Culturali

Da consegnare entro il 6/5/2024

DOMANDA DI ISCRIZIONE
AL NIDO D'INFANZIA "L'aquilone"
Anno educativo 2024/2025

N.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO di NOTORIETA' (ART. 46 e 47 del D.P.R. 445/28.12.2000)

Nuova Iscrizione

Conferma Iscrizione, per bambini/e già frequentanti l'anno educativo 2023/2024

Per il bambino/bambina:

COGNOME E NOME:

NATO/A A:

IL:

RESIDENTE A:

VIA/PIAZZA:

N.

CODICE FISCALE:

Nido d'infanzia comunale "L'aquilone"
TIPOLOGIA DELL'OFFERTA

Sezione piccoli	Sezione medi-grandi	Sezione grandi "Archimede"
Dai 3 mesi ai 12 mesi	Dai 12 mesi ai 36 mesi	Dai 24 mesi ai 36 mesi

INDICARE LA TIPOLOGIA DI FREQUENZA PREFERITA ¹

TEMPO CORTO MATTINA

TEMPO LUNGO

8,15 / 13,15

8,15 / 16,15²

Per chi richiede³ l'anticipo e/o il posticipo della frequenza giornaliera barrare la/le casella/e sottostanti (entrambe, se verranno richiesti sia l'anticipo che il posticipo)

- anticipo dalle 7,30
 posticipo tempo corto fino alle 13,45
 posticipo tempo lungo fino alle 17,00

¹ L'ufficio provvederà a stilare un'unica graduatoria di accesso. [La graduatoria al nido d'infanzia sarà articolata in 2 sottograduatorie – senza distinzione in base al tempo di frequenza preferito - così organizzate:](#)

- **Piccoli:** per i/le bambini/e dai 3 ai 12 mesi di età
- **Medi e Grandi:** per i/le bambini/e dai 12 mesi ai 3 anni

Le famiglie utilmente inserite nelle graduatorie, verranno chiamate ad esercitare il proprio diritto di scelta dell'orario di frequenza (tempo corto o tempo lungo), sulla base del punteggio attribuito.

La rinuncia al posto disponibile in quanto non coincidente con l'opzione indicata nella domanda di iscrizione, equivale a rinuncia definitiva al posto e conseguente cancellazione dalla graduatoria.

² Le famiglie dovranno tassativamente rispettare l'orario di frequenza previsto per ogni servizio. In caso di ripetute violazioni nell'orario di uscita dei bambini, verranno applicate le quote mensili dovute per il posticipo. Per chi non ha fatto domanda di frequenza anticipata, non saranno accettati i bambini prima delle 8,15.

³ La richiesta di anticipo o di posticipo della frequenza darà luogo a rette diversificate (v. informazioni relative alle iscrizioni)

DATI RELATIVI ALLA MADRE	DATI RELATIVI AL PADRE
Cognome e nome:	Cognome e nome:
Nata a:	Nato a:
il:	il:
Residente:	Residente:
Domiciliato:	Domiciliato:
Titolo di studio:	Titolo di studio:
Cellulare:	Cellulare:
e-mail:	e-mail:
SE STUDENTESSA (Scuola, Università, Ente di formazione frequentato):	SE STUDENTE (Scuola, Università, Ente di formazione frequentato):
Sede di frequenza:	Sede di frequenza:
Date inizio e fine corso:	Date inizio e fine corso:
Orario settimanale:	Orario settimanale:
CONDIZIONE LAVORATIVA	CONDIZIONE LAVORATIVA:
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonoma
<input type="checkbox"/> Dipendente di impresa familiare	<input type="checkbox"/> Dipendente di impresa familiare
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Disoccupata dal:	<input type="checkbox"/> Disoccupato dal:
Professione/attività:	Professione/attività:
AZIENDA/ENTE presso cui è assunta o ha stipulato contratto di coll. a progetto, coll. occ. Nel caso sia titolare/socia (spec. se impresa ind., fam. Snc. Srl.)	AZIENDA/ENTE presso cui è assunto o ha stipulato contratto di coll. a progetto, coll. occ. Nel caso sia titolare/socio (spec. se impresa ind., fam. Snc. Srl.)
NOME DELLA DITTA, ENTE, SOCIETA':	NOME DELLA DITTA, ENTE, SOCIETA':
SEDE DI LAVORO (Comune, via, n. civ., n. tel.):	SEDE DI LAVORO (Comune, via, n. civ., n. tel.):
DATA DI ASSUNZIONE o INIZIO ATTIVITA':	DATA DI ASSUNZIONE o INIZIO ATTIVITA':
DATA DI SCADENZA (se il contratto è a termine):	DATA DI SCADENZA (se il contratto è a termine):
ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE (ESCLUSO STRAORDINARI):	ORARIO DI LAVORO SETTIMANALE (ESCLUSO STRAORDINARI):
<input type="checkbox"/> tempo pieno: _____ (ore) <input type="checkbox"/> Part time: _____ (ore)	<input type="checkbox"/> tempo pieno: _____ (ore) <input type="checkbox"/> Part time: _____ (ore)
Mattina: dalle _____ alle _____	Mattina: dalle _____ alle _____
Pomeriggio: dalle _____ alle _____	Pomeriggio: dalle _____ alle _____
Notte: dalle _____ alle _____	Notte: dalle _____ alle _____
Numero giorni lavorativi settimanali: _____	Numero giorni lavorativi settimanali: _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FAMIGLIA

I genitori sono entrambi presenti? SÌ NO (se no, specificare la situazione rispetto alla gestione dei figli (contenuto della sentenza di divorzio, omologa di separazione o di altri documenti...))

ALTRI FIGLI CONVIVENTI (vedi guida alle iscrizioni) NO se SÌ indicare:

Data di nascita: _____

Data di nascita: _____

E' in corso una gravidanza? NO SÌ (se sì, allegare analisi HCG ematico, ecografia o altri esami tipici)

DATI RELATIVI AI NONNI (LA COMPILAZIONE SERVE PER IL PUNTEGGIO SECONDARIO)

(in caso di controlli verranno richiesti, certificati di residenza, contratti di lavoro, buste paga, ecc.)

NONNI MATERNI

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

SOLO PER I NONNI RESIDENTI A RUFINA O NEI COMUNI CONFINANTI COMPILARE ANCHE:

NONNA:	Data di nascita	OCCUPATA	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÌ Professione _____ orario settimanale _____

NONNO:	Data di nascita	OCCUPATA	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÌ Professione _____ orario settimanale _____

Se riconosciuta **invalidità civile** (almeno 67%) allegare verbali o documentazione equivalente:

NONNA NO SÌ

NONNO NO SÌ

NONNI PATERNI

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

RESIDENTI A: _____ (Comune, Via, n. Civico)

SOLO PER I NONNI RESIDENTI A RUFINA O NEI COMUNI CONFINANTI COMPILARE ANCHE:

NONNA:	Data di nascita	OCCUPATA	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÌ Professione _____ orario settimanale _____

NONNO:	Data di nascita	OCCUPATA	<input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÌ Professione _____ orario settimanale _____

Se riconosciuta **invalidità civile** (almeno 67%) allegare verbali o documentazione equivalente:

NONNA NO SÌ

NONNO NO SÌ

ULTERIORI INFORMAZIONI SU CONDIZIONI O PROBLEMI CHE RITIENE OPPORTUNO SEGNALARE:
(lavoro, abitazione, salute dei familiari, in quest'ultimo caso occorre allegare idonea documentazione)

IL SOTTOSCRITTO/LA SOTTOSCRITTA _____
(PADRE/MADRE i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo)

IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL POSTO

- **SI IMPEGNA A PAGARE** la somma di € 150,00 a titolo di iscrizione per la frequenza
- E' consapevole che tale obbligo verrà meno solo se all'Ufficio perverrà rinuncia scritta entro e non oltre il 24 giugno 2024;
- **ACCETTA DI ESSERE COLLOCATO NELLA RETTA MASSIMA** se entro il 15 settembre 2024 non farà pervenire l'attestazione ISEE prevista dal DCPM 159/2013;
- **DISPONE CHE LE FATTURE SIANO INTESTATE :**
 - AL PADRE CODICE FISCALE:** _____
 - ALLA MADRE CODICE FISCALE:** _____

ATTENZIONE: Sarà il genitore intestatario delle fatture che potrà presentare eventuale richiesta di "Bonus nido Inps" e domanda per il bando "Nidi gratis".

Dal 1 gennaio 2019 tutte le fatture emesse tra soggetti residenti o stabiliti in Italia devono essere solo *fatture elettroniche* (come meglio definito dal provvedimento n.89757 del 30/4/18 pubblicato sul sito dell'Agenzia delle Entrate), pertanto l'ufficio Servizi Educativi trasmetterà alla famiglia una copia conforme della stessa. La fattura originale sarà quella elettronica che potrete scaricare dall'area riservata del sito internet dell'Agenzia delle Entrate.

Nel caso che il genitore fosse in possesso di una propria PEC per ricevere le fatture in formato elettronico, può riportare qui il proprio indirizzo: _____.

Autocertificazione

(da compilare da parte dei genitori che fanno richiesta di anticipo o di posticipo della frequenza)

Il / La Sottoscritto/a

COGNOME E NOME: _____

NATO/A A: _____

IL: _____

RESIDENTE A: _____

VIA/PIAZZA: _____

N. _____

TEL: _____

CELL. _____

Madre/Padre del Bambino/a _____

CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI ACCESSORI
(possono essere barrate entrambe le opzioni)

- anticipo dalle 7,30⁴
- posticipo fino alle 13,45 per tempo corto
- posticipo fino alle 17,00⁵ per tempo lungo

A tal fine, dichiara che i motivi da cui risulta la necessità di prolungare la presenza del bambino al Nido comunale sono i seguenti:

Per la Madre (descrivere le condizioni di studio, di lavoro, ecc. da cui risulta l'effettiva necessità di richiedere i servizi)

Per il Padre (descrivere le condizioni di studio, di lavoro, ecc. da cui risulta l'effettiva necessità di richiedere i servizi)

RUFINA, Lì _____

IL/LA DICHIARANTE

⁴ La richiesta di orario prolungato (anticipo o posticipo o entrambi) deve essere accompagnata da apposita autocertificazione dalla quale risulti l'effettiva necessità da parte dei genitori di allungare la permanenza del bambino presso la struttura.

⁵ La richiesta di orario prolungato (anticipo o posticipo o entrambi) deve essere accompagnata da apposita autocertificazione dalla quale risulti l'effettiva necessità da parte dei genitori di allungare la permanenza del bambino presso la struttura.

CRITERI DI VALUTAZIONE

A COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figli da 0 a 3 anni (compreso il gemello e/o i gemelli)
(escludendo quello per cui si fa domanda) e stato di gravidanza in atto | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Figli da 3 anni ed 1 giorno a 6 anni | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Figli da 6 anni ed 1 giorno a 12 anni (non compiuti) | <input type="checkbox"/> |

B CONDIZIONI PARTICOLARI DEL NUCLEO FAMILIARE

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Genitori o fratelli conviventi, con disabilità grave o invalidità con punteggio uguale o superiore ai 2/3 (67%) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Affidamento temporaneo, affidamento o adozione del bambino per il quale si fa domanda | <input type="checkbox"/> |

C CONDIZIONE DEI GENITORI	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
---------------------------	--------------	--------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/i iscritto/i nell'elenco anagrafico dei centri dell'impiego e che abbia rilasciato dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro da almeno 3 mesi e comunque non in data posteriore alla pubblicazione del presente bando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Studenti non lavoratori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D OCCUPAZIONE DEI GENITORI	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
----------------------------	--------------	--------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori subordinati con contratto a tempo determinato almeno semestrale (intendendo con ciò un contratto la cui scadenza non sia comunque inferiore ai sei mesi computabili al momento della scadenza delle iscrizioni)
<i>(es. lavoratori interinali, supplenti scuole, lavoratori parasubordinati, Co.Co.Pro., ecc.)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti di impresa familiare e/o coadiuvanti il coniuge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori con contratto a tempo determinato inferiore ai 6 mesi o lavoratori con contratto di collaborazione occasionale non ricompresi al punto 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E ORARIO DI LAVORO	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
--------------------	--------------	--------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fino a 12 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Da 12,01 - 18 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Da 18,01 ore a 24 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Da 25,01 a 36 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oltre 36,01 ore alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F	TIPOLOGIA ORARIO LAVORO	Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	Orario spezzato articolato fra mattina e pomeriggio <i>(caratteristiche richieste: interruzione fra i 2 periodi per pausa pranzo)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario misto <i>(con almeno due rientri settimanali)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario su turni o orario a chiamata <i>(con tempi ristretti di preavviso)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Orario unico <i>(orario in un unico modulo mattutino o in unico modulo pomeridiano)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	PENDOLARITÀ	Padre	Madre
<input type="checkbox"/>	Sede lavorativa fuori dal Comune ad una distanza da 7 a 15 Km.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sede lavorativa fuori dal Comune ad una distanza da 15,01 Km. ai 30 Km.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sede lavorativa fuori dal Comune oltre i 30 km.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ulteriori punteggi

Appartenenza alla lista di attesa
della graduatoria del precedente
anno educativo

CRITERI DI VANTAGGIO A PARITÀ DI PUNTEGGIO (Punteggio accessorio, applicabile solo in caso di parità nell'ordine di graduatoria)

Punteggio accessorio (applicabile solo in caso di parità nell'ordine di graduatoria)				
A) CONDIZIONE DI IMPOSSIBILITÀ AD AFFIDARE	No.P	Na.P	No.M	Na.M
DECEDUTO / INESISTENTE / RESIDENTE IN ALTRA REGIONE O PROVINCIA ITALIANA/ RESIDENTE ALL'ESTERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) CONDIZIONE DI ESTREMA DIFFICOLTÀ AD AFFIDARE	No.P	Na.P	No.M	Na.M
Residente OLTRE i 20 KM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
completamente impedito fisicamente con invalidità pari o superiore ai 2/3 (67%) (non convivente con la famiglia del bambino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) CONDIZIONE DI RILEVANTE DIFFICOLTÀ AD AFFIDARE (per nonni residenti nel Comune di Rufina o nei comuni limitrofi)	No.P	Na.P	No.M	Na.M
Con età pari o superiore ai 75 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con età pari o superiore ai 65 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore ai 2/3 (67%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) CONDIZIONE DI CONSIDEREVOLE DIFFICOLTÀ AD AFFIDARE (per nonni residenti nel comune di Rufina e/o nei comuni confinanti con età inferiore ai 65 anni ma impossibilitati)	No.P	Na.P	No.M	Na.M
Con lavoro oltre le 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accudisce coniuge o convivente ultraottantenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) CONDIZIONE DI DIFFICOLTÀ AD AFFIDARE (per nonni residenti nei comuni di Rufina e/o nei comuni confinanti con età inferiore ai 65 anni ma impossibilitati)	No.P	Na.P	No.M	Na.M
Con lavoro fino a 20 ore settimanali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F) Nonni/nonne PRESENTI E NON IMPOSSIBILITATI con età inferiore ai 65 anni NON COABITANTI	No.P	Na.P	No.M	Na.M
Residente nei Comuni confinanti con Rufina (entro i 20 km)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residente nel Comune di Rufina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G) Nonni/nonne PRESENTI E NON IMPOSSIBILITATI COABITANTI	No.P	Na.P	No.M	Na.M
Con età pari o superiore ai 75 anni e coabitante o abitante nello stesso stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con età pari o superiore ai 67 anni e coabitante o abitante nello stesso stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con età inferiore ai 67 anni e coabitante o abitante nello stesso stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso di ulteriore parità, la graduatoria è stabilita privilegiando nell'ordine le seguenti condizioni:

- 1) appartenenza alla graduatoria precedente;
- 2) appartenenza a nucleo solo;
- 3) genitori entrambi occupati ed orario lavorativo più disagiato dei genitori;
- 4) numero dei figli;
- 5) minore età del bambino/a.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

(padre/madre i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo)

CODICE FISCALE (del sottoscrittore)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA DOMANDA CORRISPONDE AL VERO ED INOLTRE:

- è **consapevole** che verranno effettuati controlli, anche d'ufficio su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda;
- **si impegna** a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;
- è **consapevole** che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio;
- è **consapevole** della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dell'assegnazione del servizio;

RUFINA, Lì _____

Firma del/la dichiarante (un genitore o chi ne fa le veci)

ATTENZIONE: firmare davanti all'incaricato della raccolta

SI ATTESTA CHE IL SIG./LA SIG.ra HA SOTTOSCRITTO IN MIA PRESENZA LA PRESENTE DICHIARAZIONE

Rufina, Lì _____ L'Addetto alla ricezione _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali, per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito <http://www.comune.rufina.fi.it/> accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del trattamento è il Comune di Rufina.