**DOMANDA**

**per acquisto posti-utente per servizi** presso la struttura per la prima infanzia "MARIA SS. DELLE GRAZIE" di Oppido Mamertina, accreditata con l’Ambito Territoriale N.3 con Comune Capofila Taurianova **a sostegno delle famiglie per l'accesso ai servizi per l'infanzia - Comune di Oppido Mamertina, PIANO D'AZIONE COESIONE (PAC) - PIANO DI INTERVENTO DEI SERVIZI DI CURA ALL’INFANZIA II RIPARTO DEL COMUNE DI OPPIDO MAMERTINA – Voucher all’Infanzia ottobre 2019 / giugno 2020.**

**La presente scheda deve essere compilata per ogni singolo utente che richiede il servizio.**

Con riferimento all’Avviso pubblico rivolto alle famiglie dei minori di età compresa fra i 0 e i 36 mesi per l’iscrizione presso la struttura per la prima infanzia " MARIA SS. DELLE GRAZIE " di Oppido Mamertina, accreditata con l’Ambito Territoriale N.3 con Comune Capofila Taurianova, per i Servizi alla prima infanzia (servizio nido),

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………..……………………………

nato a …………………..……………………..… il …………..…….C.F.: ………….…………………………………….................

Padre / madre / esercente potestà genitoriale, del minore …………………………………...………………………………., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione perderò i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall’art. 75 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000, **sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:**

**DATI DEL BAMBINO/BAMBINA**

Cognome e nome Cittadinanza

Sesso: **M**  **F**  Nato a il

Codice Fiscale: Residente a

in via n. cell

Affidamento: **SI**  **NO**  Adozione o in corso: **SI**  **NO** 

**DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE AI FINI DELL’ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO**

* **Elenco delle persone che appartengono allo stesso nucleo familiare:**

**DATI RELATIVI ALLA FAMIGLIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **cognome e nome** | **grado di parentela con il bambino** | **Data di nascita** |
| 1. ………………………………………………………… | **padre** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **madre** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |
| 1. ………………………………………………………… | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ……………………… |

* Presenza di familiari o conviventi che necessitano di continua assistenza con invalidità superiore al 66%: **SI**  **NO** 

(allegare certificato attestante il grado di invalidità)

* Dichiaro che i genitori sono entrambi presenti nel nucleo familiare: **SI**  **NO** 

Nel caso di risposta negativa specificare il caso:

 bambini riconosciuti da un solo genitore o orfano

 separazione legale o altro:……………………………………………………………… (Allegare documento)

* Nuova gravidanza della madre: **SI**  **NO** 

(allegare certificato medico)

* Se entrambi i genitori sono stranieri il nucleo familiare è di recente immigrazione o ricongiungimento: **SI**  **NO** 

 entrambi i genitori stranieri con ingresso in Italia negli ultimi 3 anni

 ricongiungimento di un genitore avvenuto negli ultimi due anni:……………………………(documentato)

* Particolari condizioni familiari o personali:

Dichiaro che sussistono le seguenti altre particolari condizioni familiari, personali o lavorative:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................

**DATI DEL PADRE/TUTORE**

Cognome e nome ………………………………………………………………………………………………………………………

nato a …………………………………… il ……………………………………………Cittadinanza ……………………………….

Codice fiscale …………………………………………………………………………………………………………………………...

Residente nel Comune di ……………………………………………………………………………………………………………

in via ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefono Ufficio ………………………………………………………………………………………………………………………….

cellulare ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**STUDENTE:**

Scuola/Università/Ente di formazione frequentato ……………………………………………………….… sede di frequenza……………………………….

IN CORSO  FUORI CORSO 

(Allegare certificato di iscrizione)

**CONDIZIONE LAVORATIVA:**

 SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

DIPENDENTE  AUTONOMA  ……………………(specificare)

l’attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso la Ditta/lo studio…………………………………………

tel. n. ……………………………… con sede abituale di lavoro a ……………………………………………………. e numero complessivo di ore settimanali …………………....….con distanza dalla propria residenza pari a Km ……………

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno: **SI**  **NO** 

Lavoratori senza sede fissa (rappresentanti, agenzia di commercio o similati) **SI**  **NO** 

Lavoratori con impegno notturno di almeno 2 notti la settimana: **SI**  **NO** 

Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno; **SI**  **NO** 

 NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA INOCCUPATO  DISOCCUPATO 

iscritto nell’elenco anagrafico dei Centri per l’impiego da almeno tre mesi: (allegare certificato) **SI**  **NO** 

iscritto nell’elenco anagrafico dei Centri per l’impiego da meno di tre mesi: (allegare certificato) **SI**  **NO** 

attualmente non occupato con contratto di lavoro risolto negli ultimi 12 mesi:(allegare certificato)**SI**  **NO** 

**DATI DELLA MADRE/TUTRICE**

Cognome e nome ………………………………………………………………………………………………………………………

nato a …………………………………… il ……………………………………………Cittadinanza ……………………………….

Codice fiscale …………………………………………………………………………………………………………………………...

Residente nel Comune di ……………………………………………………………………………………………………………

in via ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefono Ufficio ………………………………………………………………………………………………………………………….

cellulare ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**STUDENTE:**

Scuola/Università/Ente di formazione frequentato ……………………………………………………….… sede di frequenza……………………………….

IN CORSO  FUORI CORSO 

(Allegare certificato di iscrizione)

**CONDIZIONE LAVORATIVA:**

 SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA:

DIPENDENTE  AUTONOMA  ……………………(specificare)

l’attività lavorativa (autonoma o dipendente) è svolta presso la Ditta/lo studio…………………………………………

tel. n. ………………………………con sede abituale di lavoro a ……………………………………………………. e numero complessivo di ore settimanali …………………....….con distanza dalla propria residenza pari a Km ……………

Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno: **SI**  **NO** 

Lavoratori senza sede fissa (rappresentanti, agenzia di commercio o similati) **SI**  **NO** 

Lavoratori con impegno notturno di almeno 2 notti la settimana: **SI**  **NO** 

Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno; **SI**  **NO** 

 NON SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA INOCCUPATO  DISOCCUPATO 

iscritto nell’elenco anagrafico dei Centri per l’impiego da almeno tre mesi: (allegare certificato) **SI**  **NO** 

iscritto nell’elenco anagrafico dei Centri per l’impiego da meno di tre mesi: (allegare certificato) **SI**  **NO** 

attualmente non occupato con contratto di lavoro risolto negli ultimi 12 mesi:(allegare certificato)**SI**  **NO** 

**DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO ED INOLTRE**

* autorizza qualsiasi controllo 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;
* si impegna a comunicare tempestivamente ogni cambio di residenza o di recapito telefonico;
* è consapevole che se la domanda non verrà compilata in ogni parte, non sarà possibile procedere all’assegnazione del relativo punteggio;
* è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28-12-00 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio
* accetta di essere collocato nella retta massima qualora non farà pervenire l’attestazione ISEE.

**ALLEGATI**

 fotocopia di documento di identità in corso di validità;

 dichiarazione ISEE in corso di validità;

 certificato attestante grado di invalidità del familiare convivente.

**Allega** inoltre i seguenti documenti:

* …
* …
* …
* …
* …
* …

**LEGGE SULLA PRIVACY**

Il sottoscritto inoltre prende atto che, in riferimento al Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 e al regolamento europeo n. 679/2016, i "dati personali" inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamenti (raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, etc.) da parte dell'area Amministrativa e Socio-Culturale del Comune di Oppido Mamertina. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dell'Area.

L'interessato può altresì: ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione alla legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

**TABELLA PUNTEGGI**

**E**

Nella tabella seguente il richiedente dovrà barrare con una **X** la casella corrispondente alla voce interessata. Le parti tratteggiate **non** devono essere barrate.

**N.B. La compilazione della colonna del punteggio è riservata agli uffici del Comune e, pertanto, non va riempita dal richiedente.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRITERI DI ACCESSO DICHIARATI** | | **Riferiti al nucleo familiare** | **Riferiti alla madre** | **Riferiti al padre** | **Punteggio**  (a cura degli uffici comunali) |
| **Nucleo familiare** | nucleo familiare con figli da 0 a 36 mesi |  | ///// | ///// |  |
| nucleo familiare con figli da 36 mesi a sei anni |  | ///// | ///// |  |
| nucleo familiare con figli da 6 anni a 14 anni |  | ///// | ///// |  |
| nucleo familiare con conviventi che necessitano di continua assistenza con invalidità superiore al 66% |  | ///// | ///// |  |
| bambini riconosciuti da un solo genitore o orfano |  | ///// | ///// |  |
| nel caso di separazione legale (documentata) o altro |  | ///// | ///// |  |
| bambino in affidamento, adottato o in corso di adozione |  | ///// | ///// |  |
| nuova gravidanza (Presentazione di certificato medico) |  | ///// | ///// |  |
| entrambi i genitori stranieri con ingresso in Italia negli ultimi 3 anni |  | ///// | ///// |  |
| ricongiungimento di un genitore avvenuto negli ultimi due anni |  | ///// | ///// |  |
| /////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | //////////////// | ///// | ///// |  |
| **Lavoro dei genitori** | Lavoratore/studente iscritto a scuola o Università nel corrente anno educativo | ///// |  |  |  |
| Lavoro annuo della madre e/o del padre: | ///// |  |  |  |
| Assenza dalla famiglia per periodi complessivi superiori a sei mesi in un anno | ///// |  |  |  |
| Lavoratori senza sede fissa (Rappresentanti, agenzia di commercio o assimilati) | ///// |  |  |  |
| Lavoratori con impegno notturno di almeno 2 notti la settimana | ///// |  |  |  |
| Lavoratore in cassa integrazione, incarichi a tempo determinato inferiori all'anno | ///// |  |  |  |
| Disoccupati | ///// |  |  |  |
| Studenti non lavoratori | ///// |  |  |  |
| **Priorità** | Preferenza ai nuclei familiari con minore valore I.S.E.E |  | ///// | ///// |  |
| Preferenza maggiore età del bambino per il quale è stata presentata domanda di iscrizione |  | ///// | ///// |  |
| Presenza di un altro bambino nel servizio appartenente allo stesso nucleo | //////////////// | ///// | ///// |  |
| **PUNTEGGIO TOTALE UTENTE** | | ///// | ///// | ///// |  |

**IL DICHIARANTE** (nella qualità di……………………..………………..)

Oppido Mamertina, li……………………………..

**Firma……..…………..……………………………………**

**Attenzione:** Alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

**RISERVATO AL COMUNE**

L’addetto alla ricezione:

 **Ufficio Protocollo**  **Settore Servizi Sociali**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ FIRMA

ADDETTO…………………………………………………………………………………………………