



Via Enrico Fermi, 15 – 01100 Viterbo – Tel. Centr. 0761 3391 – P. IVA 01455570562

ASILO NIDO AZIENDALE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

1. DATI ANAGRAFICI E COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

PADRE

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di Prov. In Via/Piazza..... n.....

Recapiti telefonici..... C.F.

Posizione Lavorativa all'interno dell'Azienda.....

MADRE

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di Prov. In Via/Piazza..... n.....

Recapiti telefonici..... C.F.

Posizione Lavorativa all'interno dell'Azienda.....

DEL BAMBINO/A

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di Prov. In Via/Piazza..... n.....

ALTRI FIGLI

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di

Prov. In Via/Piazza..... n.....

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di

Prov. In Via/Piazza..... n.....

Nome..... Cognome.....

nato/a il..... a.....

residente nel Comune di

ALTRI CONVIVENTI (indicare il grado di parentela verso il bambino)

altri conviventi (indicare il grado di parentela verso il bambino)

_____, età anni [...]

_____, età anni [...]

_____, età anni [...]

_____, età anni [...]

numero complessivo dei componenti [...]

2. SCELTA DELL'ORARIO (indicare l'orario di lavoro specificando, ove necessario, i turni)

.....

Sabato mattina SI

NO

Si ricorda che l'ammissione al turno alternato deve essere subordinata all'attività lavorativa di turnista del genitore dipendente AUSL, debitamente documentata.

Il sabato mattina è subordinato all'attività lavorativa di entrambi i genitori debitamente documentata.

L'assegnazione dell'orario pomeridiano e del sabato mattina è subordinata alla disponibilità dei posti

3 TABELLA DEI PUNTEGGI (*Barrare le casella interessata*)

Situazione considerata	Documentazione	Casella da barrare
Bambino portatore di handicap	Certificazione ASL	La categoria presa in considerazione ha diritto di inserimento a prescindere dall'attribuzione del punteggio
CONDIZIONE LAVORATIVA DEL PADRE		
Contratto a tempo pieno (autonomo o dipendente)	Autocertificazione	
Contratto a tempo parziale oltre 20 ore	Autocertificazione	
Contratto a tempo parziale fino a 20 ore	Autocertificazione	
Posizione lavorativa all'interno dell'Azienda		
Contratto di lavoro a tempo indeterminato	Autocertificazione	
Altre tipologie contrattuali (a tempo determinato, co.co.co., di somministrazione, di convenzione)	Autocertificazione	
CONDIZIONE LAVORATIVA DELLA MADRE		
Contratto a tempo pieno (autonomo o dipendente)	Autocertificazione	
Contratto a tempo parziale oltre 20 ore	Autocertificazione	
Contratto a tempo parziale fino a 20 ore	Autocertificazione	
Posizione lavorativa all'interno dell'Azienda		
Contratto di lavoro a tempo indeterminato	Autocertificazione	
Altre tipologie contrattuali (a tempo determinato, co.co.co., di somministrazione, di convenzione)	Autocertificazione	
SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE		
Familiare con invalidità del 100%	Certificazione ASL	
Genitori separati/divorziati	Autocertificazione	
Coppia senza parenti di 1° e 2° grado nel comune di residenza o comuni limitrofi	Autocertificazione	
Per ogni figlio a carico con età inferiore a 3 anni	Autocertificazione	
Per ogni figlio a carico con età maggiore di 3 anni e fino a 14 anni	Autocertificazione	
ALTRA POSIZIONE LAVORATIVA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA		
Parentela diretta fino al secondo grado con occupazione a tempo indeterminato all'interno dell'Azienda o nelle altre categorie contrattuali previste all'art. 4 del regolamento aziendale	Autocertificazione	

Le domande devono essere corredate della seguente documentazione:

- 1) fotocopia del documento di identità in corso di validità di entrambi i genitori;
- 2) stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445 del 2000;
- 3) certificato di vaccinazione o fotocopia del tesserino di vaccinazione;
- 4) certificato di sana costituzione;
- 5) fotocopia dell'ultima dichiarazione dei redditi;
- 6) per le gestanti, la certificazione medica specialistica con la data presunta del parto;
- 7) certificazione in merito alla condizione di handicap, indicando il tipo di rapporto educatore-bambino richiesto, e/o problematiche di salute ivi comprese malattie allergiche;

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiarano di aver compilato la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti. Dichiara altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accettare la veridicità delle informazioni fornite.

Data, _____

Firme dei genitori

Consenso degli interessati al trattamento di propri dati personali comuni e sensibili

Ai sensi dell'art. 23, del decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice della Privacy), i sottoscritti interessati, con la sottoscrizione della presente, attestano il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili, secondo le modalità e con le finalità di cui all'informativa aziendale sulla tutela dei dati personali. Acconsentono altresì alla diffusione degli stessi dati quando tale diffusione sia necessaria per l'espletamento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o da una normativa comunitaria. I sottoscritti dichiarano inoltre, di essere a conoscenza dei diritti spettanti di cui al Titolo II artt. Dal 7 al 10 del Codice della privacy.

Data, _____

Firme dei genitori
