

Sportello Iscrizioni

Comune di Castel Bolognese

 [compila nuova domanda](#)

 [sportello](#)  [manager](#)  [esci](#)

 [indietro](#)

	Comune di Castel Bolognese Unione della Romagna Faentina Settore Servizi alla Comunità - Servizio Infanzia e Servizi Educativi Integrativi	 UNIONE della ROMAGNA FAENTINA
---	---	---

Modulo di Ammissione ai Servizi per la Prima Infanzia A.E. 2022/2023

Il/La sottoscritto/a

(dati del genitore/tutore)

cognome	*	<input type="text"/>
nome	*	<input type="text"/>
nato/a a	*	<input type="text"/> Prov. (<input type="text"/>)
il	*	<input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
codice fiscale	*	<input type="text"/>
cittadinanza	*	<input type="text"/>
sex	*	Maschio <input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/>
residente a	*	Scegli Provincia... <input type="text"/> Scegli Comune... <input type="text"/> Scegli Cap... <input type="text"/>
indirizzo	*	<input type="text"/>
telefono casa		<input type="text"/>
telefono		cellulare * <input type="text"/> telefono <input type="text"/>
indirizzo email	*	<input type="text"/>
P.E.C		<input type="text"/>

* campi obbligatori

Domicilio * coincide oppure NON coincide con la residenza

domiciliato a Scegli Provincia... Scegli Comune...
Scegli Cap...
indirizzo

CHIEDO

l'iscrizione ai servizi per l'infanzia assegnati mediante la graduatoria comunale per l'anno educativo 2022/2023, del minore come di seguito specificato:

(dati del bambino)

cognome	*	<input type="text"/>
nome	*	<input type="text"/>
nato/a a	*	<input type="text"/> Prov. (<input type="text"/>)
il	*	<input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
codice fiscale	*	<input type="text"/>
cittadinanza	*	<input type="text"/>
sex	*	Maschio <input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/>
residente a	*	Scegli Provincia... <input type="text"/> Scegli Comune... <input type="text"/>
indirizzo	*	<input type="text"/>

* campi obbligatori

- Nuova Iscrizione
- Cambio Servizio per i bambini già iscritti

Indicare la voce che interessa indicando anche più di un servizio, **IN ORDINE DI PRIORITÀ**
N.B. Non verranno presi in considerazione i servizi non selezionati

1°	<input type="text"/> Scegli Nido... <input type="text"/>
2°	<input type="text"/> Scegli Nido... <input type="text"/>

DICHIARO

- di essere interessato ad un servizio di nido a tempo pieno
 - di essere interessato ad un servizio di nido part-time
- Qualora i posti part-time all'interno della/delle struttura/e prescelta/e siano esauriti:
chiedo l'assegnazione di un posto di nido a tempo pieno
chiedo di restare in lista di attesa nell'eventualità di successive rinunce per i servizi selezionati

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 dall'art. 46 del DPR 445/2000 quanto segue:

1. di esercitare la potestà genitoriale, in qualità di

- madre
- padre
- altro specificare

2. che il minore è stato o sarà sottoposto alle vaccinazioni d'obbligo (L. 119/2017)

3. 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;

4. che il minore che si iscrive sta già frequentando un servizio 0-3 SI NO

indicare quale

5. di non essere residente nel Comune di Castel Bolognese 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

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)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
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 affido familiare temporaneo, situazioni certificate dall'autorità giudiziaria, dai competenti Servizi Sociali oppure bambino adottato o in corso di adozione.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

DIRITTO DI PRECEDENZA A PARITÀ DI PUNTEGGIO

il bambino che si iscrive è presente nella graduatoria dei servizi educativi dell'anno precedente ed è rimasto in lista d'attesa	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
il bambino che si iscrive ha un fratello/sorella che a settembre 2022 frequenterà il servizio scelto (indicare quale nido) indicare nido	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

SITUAZIONE FAMILIARE

Il bambino che si iscrive è nato prima del termine indicare la settimana di gestazione alla nascita	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
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, ecc...)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Bambino con genitori separati o divorziati	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Nucleo familiare composto unicamente da genitore/i e figli	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Numero di figli a carico conviventi in età 0-6 (escluso il bambino che si iscrive)	Scegli... ▾	
Numero di figli a carico conviventi in età 7-14	Scegli... ▾	
Presenza di genitore con disabilità o con invalidità, residente e convivente con il bambino che si iscrive	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Avente certificazione di gravità al 100%	Scegli... ▾	
Avente certificazione di gravità superiore al 65% ed inferiore al 100%	Scegli... ▾	
Presenza nel nucleo familiare di persone conviventi non autosufficienti (si allega certificazione)	Scegli... ▾	
Nuova gravidanza in corso	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

DICHIARA INOLTRE

che i dati anagrafici dell'altro genitore del minore

Dati altro genitore

cognome *
nome *
nato/a a * Prov. (
)*(EE per stato estero)*
il * *(gg/mm/aaaa)*
codice fiscale *
cittadinanza *
sesso * Maschio Femmina
residente a Scegli Provincia... *(EE per stato estero)*
Scegli Comune... Scegli Cap...
indirizzo
telefono casa cellulare *
telefono *
indirizzo email

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

Lavoro di entrambi i genitori	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Lavoro di un solo genitore (se nucleo familiare monoparentale)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Lavoro di un genitore e uno disoccupato (purchè iscritto al Centro per l'Impiego)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Entrambi i genitori disoccupati o in cerca di prima occupazione	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Un solo genitore disoccupato per nucleo monoparentale	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

SITUAZIONE LAVORATIVA DEL DICHIARANTE

Tipologia dell'attività lavorativa

Lavoratore Dipendente

Azienda/Ente

Comune (della) Sede

Indirizzo

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.

Studente frequentante (di età non superiore a 30 anni)

Scuola/Ateneo

Sede

Indirizzo

Anno di frequenza

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

Corso Post Laurea

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

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

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

Percettore di ammortizzatori sociali (NASpl, ASDI -Assegno di disoccupazione-, DIS-COLL -Disoccupazione per i collaboratori-, ISCRO -Indennità Straordinaria di Continuità Reddittuale e Operativa-)

Disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego

Inoccupato

Luogo effettivo di lavoro

Sede di Lavoro Scegli...

Luogo di lavoro

Indirizzo

*Si valuta la distanza di sola andata tra il Comune di Castel Bolognese e il luogo dove si svolge l'attività di lavoro prevalente, calcolata con l'utilizzo di www.tuttocitta.it
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, la sede di lavoro è considerata all'interno del territorio del Comune di Castel Bolognese.
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 Castel Bolognese.*

Orario settimanale di lavoro

Orario di Lavoro Settimanale Scegli...

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

Tipologia dell'attività lavorativa

Lavoratore Dipendente

Azienda/Ente

Comune (della) Sede

Indirizzo

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.

Studente frequentante (di età non superiore a 30 anni)

Scuola/Ateneo

Sede

Indirizzo

Anno di frequenza

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

Corso Post Laurea

Ente/Azienda/Ateneo

Sede

Indirizzo

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

Ente/Azienda

Sede

Indirizzo

Percettore di ammortizzatori sociali (NASpl, ASDI -Assegno di disoccupazione-, DIS-COLL -Disoccupazione per i collaboratori-, ISCRO -Indennità Straordinaria di Continuità Reddittuale e Operativa-)

Disoccupato iscritto al Centro per l'Impiego

Inoccupato

Luogo effettivo di lavoro

Sede di Lavoro Scegli...

Luogo di lavoro

Indirizzo

Si valuta la distanza di sola andata tra il Comune di Castel Bolognese e il luogo dove si svolge l'attività di lavoro prevalente, calcolata con l'utilizzo di www.tuttocitta.it

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, la sede di lavoro è considerata all'interno del territorio del Comune di Castel Bolognese.

Per coloro che stanno percependo la "cassa integrazione a zero ore" (in caso di sospensione totale del lavoro), la sede di lavoro è considerata all'interno del territorio del Comune di Castel Bolognese.

Orario settimanale di lavoro

Orario di Lavoro Settimanale Scegli...

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.

IL RICHIEDENTE

- DICHIARA** dichiara di avere preso visione del Regolamento di Gestione dei servizi per la prima infanzia
- 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 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 scolastica.

ALLEGA

(si accettano solo documenti in formato .pdf .tif .tiff .jpg con dimensione massima di 1.0 MB)

Documento di identità dell'altro genitore	Scegli file...		
Permesso di soggiorno del Dichiarante se cittadino extracomunitario	Scegli file...		
Permesso di soggiorno dell'altro genitore se cittadino extracomunitario	Scegli file...		
Per il Richiedente lavoratore dipendente, studente, praticante o percettore di ammortizzatori sociale: Copia dell'ultima busta paga (gennaio/febbraio/marzo 2022) o del Contratto di lavoro (SOLO se iniziato a febbraio/marzo/aprile 2022), Attestato di frequenza a corsi di studio, contratto praticante/formazione specialistica, documentazione attestante la percezione di ammortizzatori sociali	Scegli file...		
Per l'altro genitore lavoratore dipendente, studente, praticante o percettore di ammortizzatori sociale: Copia dell'ultima busta paga (gennaio/febbraio/marzo 2022) o del Contratto di lavoro (SOLO se iniziato a febbraio/marzo/aprile 2022), Attestato di frequenza a corsi di studio, contratto praticante/formazione specialistica, documentazione attestante la percezione di ammortizzatori sociali	Scegli file...		
Copia del contratto di acquisto prima casa registrato	Scegli file...		
Certificazioni relative alla disabilità ai sensi della L.104/92 del bambino che si iscrive	Scegli file...		
Certificazioni relative a condizioni di disabilità o invalidità del genitore residente e conviventi con il bambino che si iscrive	Scegli file...		
Certificazioni relative a condizioni di disabilità o invalidità di altre persone conviventi con il bambino che si iscrive	Scegli file...		
Certificato di gravidanza in corso	Scegli file...		