



## DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA PRIMA INFANZIA

**ANNO EDUCATIVO 2022/23**

**(IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO LEGGIBILE,  
ALTRIMENTI NON VERRÀ PRESO IN CONSIDERAZIONE IN GRADUATORIA)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, in qualità di  
\_\_\_\_\_, chiede l'ammissione al servizio di assistenza alla prima infanzia  
per il/la bambino/a (nome, cognome) \_\_\_\_\_,  
 maschio  femmina, nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
cittadinanza \_\_\_\_\_, lingua \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
bambino:

<b><u>STRUTTURA</u></b>	<b><u>POSSIBILI FASCE ORARIE E TARIFFE</u></b>
Asilo Nido Pinocchio*	<p><b><u>Fascia A: Mattina</u></b> (min. 5,40 €/giorno – max. 15,00 €/giorno)  <u>Entrata:</u> 07:45 – 09:00 / <u>Uscita:</u> 11:45 – 12:15</p> <p><b><u>Fascia B: Giornaliero</u></b> (min. 7,20 €/giorno – max. 18,00 €/giorno)  <u>Entrata:</u> 07:45 – 09:00 / <u>Uscita:</u> 14:45 – 15:15</p> <p><b><u>Fascia C: Prolungato**</u></b> (min. 9,00 €/giorno – max. 25,30 €/giorno)  <u>Entrata:</u> 07:45 – 09:00 / <u>Uscita:</u> 17:15</p>
Microstruttura Coccinella***	07:30 – 17:30**** (min. 0,90 €/ora – max. 3,65 €/ora)

\* La presenza minima ammonta a 20 ore/settimana, 5 giorni su 5

\*\* La fascia oraria C può essere usufruita anche per singoli giorni della settimana, a condizione che il bambino sia iscritto alla fascia oraria B per gli altri giorni. Una combinazione della fascia oraria A e della fascia oraria C non è possibile. La fascia oraria C verrà attivata solo in caso di richieste sufficienti a garantire una sezione.

\*\*\*La presenza minima ammonta a 15 ore/settimana, 3 giorni su 5

\*\*\*\* Le ore di frequenza vengono stabilite da contratto e non possono superare 160 ore / mese – tutte le ore oltre le 160 / mese vengono addebitate privatamente e non vengono finanziate da enti pubblici.

**Le fasce orarie, così come gli orari di entrata e di uscita possono differire dagli orari sopra elencati a causa della pandemia.**

**STRUTTURA:**

Il/La bambino/a frequenta già una struttura?  sì  no      Se sì, quale? \_\_\_\_\_

Scelga la struttura desiderata e la fascia oraria preferita. **(I posti per il turno prolungato sono limitati, quindi non è sempre possibile tenere conto di tutte le domande. I posti vengono assegnati in base alla graduatoria ed all'urgenza.)**

**Per motivi pedagogici un passaggio da una struttura all'altra, una volta accettato il posto, non sarà più possibile.**

<input type="checkbox"/>	Asilo Nido Pinocchio	<input type="radio"/> Fascia A	
		<input type="radio"/> Fascia B	
		<input type="radio"/> Fascia C	Quanti giorni / settimana? _____ Quali giorni? _____
<input type="checkbox"/>	Microstruttura Coccinella	<input type="checkbox"/> Millan	<input type="radio"/> ore settimanali _____ <input type="radio"/> giorni della settimana _____
		<input type="checkbox"/> Viale Stazione	<input type="radio"/> ore settimanali _____ <input type="radio"/> giorni della settimana _____

Indichi le strutture in ordine di preferenza\*:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\*I posti vengono fondamentalmente assegnati in base alla graduatoria ed alla disponibilità. Per quanto possibile verrà tenuto conto anche della preferenza espressa.

**DATA DI AMMISSIONE DESIDERATA:** \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE FAMILIARE (barrare soltanto una casella)**

<input type="checkbox"/>	genitori coniugati oppure famiglia di fatto
<input type="checkbox"/>	famiglia monogenitoriale – genitore separato, genitore divorziato, vedovo/a - solo/a con il/la figlio/a, i figli
<input type="checkbox"/>	famiglia monogenitoriale convivente con altra persona (che non sia il genitore biologico del/la figlio/a) e con il/la figlio/a, i figli

**ATTUALE SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA (compilare e barrare le caselle corrispondenti)**

	<b>MADRE</b>	<b>PADRE</b>
<b><u>Nome e cognome</u></b>		
<b><u>Codice fiscale</u></b>		
<b><u>Situazione lavorativa</u></b>	<input type="checkbox"/> disoccupata <input type="checkbox"/> disoccupata iscritta nelle liste ** <input type="checkbox"/> occupata/studentessa* <input type="checkbox"/> occupata in smartworking: ___ % in smartworking di ___% di lavoro totale in presenza * <input type="checkbox"/> occupata in cassa integrazione fino a _____	<input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> disoccupato iscritto nelle liste ** <input type="checkbox"/> occupato/studente* <input type="checkbox"/> occupato in smartworking: ___ % in smartworking di ___% di lavoro totale in presenza * <input type="checkbox"/> occupato in cassa integrazione fino a _____
<b><u>Tipo di impiego e datore di lavoro***</u></b>		
<b><u>Maternità / paternità</u></b>	<input type="checkbox"/> obbligatoria <input type="checkbox"/> facoltativa  Fino in data _____	<input type="checkbox"/> obbligatoria <input type="checkbox"/> facoltativa  Fino in data _____
<b><u>Percentuale lavorativa</u></b>	<input type="checkbox"/> da 76% a 100% <input type="checkbox"/> da 51% a 75% <input type="checkbox"/> fino al 50%	<input type="checkbox"/> da 76% a 100% <input type="checkbox"/> da 51% a 75% <input type="checkbox"/> fino al 50%
<b><u>Orario di lavoro</u></b>		
<b><u>Sede di lavoro stabile</u></b>	<input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> Provincia _____ <input type="checkbox"/> Trasferte giorn. estero <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Permanenze all'estero <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> Provincia _____ <input type="checkbox"/> Trasferte giorn. estero <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Permanenze all'estero <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<b><u>Numero tel. privato</u></b> <b><u>Numero tel. lavoro</u></b>	_____ _____	_____ _____
<b><u>Indirizzo di residenza</u></b>		
<b><u>Indirizzo e-mail valido</u></b> <b><u>(tutte le comunicazioni</u></b> <b><u>verranno fatte sull'indirizzo e-</u></b> <b><u>mail indicato – consulti anche</u></b> <b><u>cartella Spam)</u></b>		

\* È necessario allegare alla domanda di ammissione una dichiarazione di frequenza della scuola / università / corso di formazione.

\*\* È necessario allegare alla domanda di ammissione una dichiarazione attuale di iscrizione alle liste di disoccupazione del centro di mediazione lavoro della Provincia Autonoma di Bolzano. Come anno di riferimento vale l'anno, nel quale viene richiesta l'ammissione al servizio di assistenza alla prima infanzia.

\*\*\* È necessario allegare alla domanda di ammissione i contratti di lavoro oppure una dichiarazione del datore di lavoro di entrambi i genitori oppure degli affidatari.

**STATO DI FAMIGLIA** (indichi le persone conviventi effettivamente con il/la bambino/a dichiarati sullo stato di famiglia)

	Nome e cognome	Rapporto di parentela con il/la bambino/a	Data di nascita	Cittadinanza
<input type="checkbox"/>				

**SITUAZIONE REDDITUALE DELLA FAMIGLIA** (modello DURP – valore VSE)

VSE (valore situazione economica) \_\_\_\_\_

**CONTRIBUTI FINANZIARI PUBBLICI**

Il sottoscritto (nome, cognome) \_\_\_\_\_

Richiederà eventuali contributi finanziari pubblici (es.: bonus nido). Si informa che la retta mensile deve sempre essere versata dal conto del richiedente. Il richiedente deve quindi essere anche titolare del conto da cui vengono effettuati i bonifici.

**PARTICOLARI SITUAZIONI FAMILIARI** (barrare le caselle corrispondenti)

<input type="checkbox"/>	Problemi di handicap/disagio psico-fisico del bambino*
<input type="checkbox"/>	Problemi di disagio sociale della famiglia e/oppure del/la bambino/a oppure dei bambini**

\* È necessario allegare alla domanda di ammissione un certificato medico corrispondente.

\*\* In casi motivati è necessario allegare alla domanda d'ammissione una documentazione esaustiva del servizio sociale.

**STATO DI MALATTIA E/O DI INVALIDITÀ DI FAMILIARI CONVIVENTI** (barrare le caselle corrispondenti)

<input type="checkbox"/>	Familiare con invalidità >70%*
<input type="checkbox"/>	Familiare con invalidità dal 50% al 70%*

\* È necessario allegare alla domanda di ammissione un attestato medico corrispondente.

**SOMMINISTRAZIONE DI UN MENÙ SPECIALE** (scelta valida per l'Asilo Nido Pinocchio – per Coccinella valida soltanto la scelta per motivi di salute)

sì                       no

Se sì, per  motivi di salute\*                       altri motivi

\*In caso di specifiche intolleranze e/o allergie alimentari è necessario consegnare prima dell'inizio di frequenza, un attuale attestato medico.

<input type="checkbox"/>	Menù speciale senza carne e pesce	<input type="checkbox"/>	Menù speciale senza carne di manzo
<input type="checkbox"/>	Menù speciale senza carne di maiale	<input type="checkbox"/>	Menù speciale senza carne

In caso di specifiche intolleranze e/o allergie alimentari, indichi gli alimenti, i quali non possono essere somministrati: \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara di allegare alla domanda (nr.) ..... Documenti:**

- Dichiarazione di frequenza scuola/corso di formazione/università (se barrato);
- Dichiarazione di iscrizione alle liste di disoccupazione (se barrato);
- Copia degli attuali contratti di lavoro o dichiarazioni dei datori di lavoro di entrambi i genitori oppure affidatari;
- Copia della DURP - VSE (valore situazione economica);
- Attestato medico inerente al punto „particolari situazioni familiari“ (se barrato);
- Documentazione servizio sociale inerente al punto „particolari situazioni familiari“ (se barrato);
- Attestato medico inerente al punto „stati di malattia e/o di invalidità“ (se barrato);
- Attestato medico inerente il punto „somministrazione menù speciali“ (se barrato);
- Copia permesso di soggiorno di tutta la famiglia (se necessario)
- Copia carta d'identità del richiedente (se necessario)
- Altro .....

**INFORMAZIONI INERENTI AL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA PRIMA INFANZIA**

È possibile presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il distretto sociale di appartenenza. La stessa può essere richiesta dal momento di ricevimento della conferma del posto. La domanda di agevolazione tariffaria, se interessati, deve essere consegnata entro e non oltre 2 settimane dall'inizio dell'ambientamento. La mancata presentazione della domanda di agevolazione tariffaria equivale all'accettazione della tariffa massima.

Ai sensi del decreto del Presidente della Provincia Nr. 43 del 07/09/2005, articolo 11, comma 2, il Comune di Bressanone può prendersi a carico una riduzione tariffaria di massimo 160 ore al mese. Tutte le ore che eccedono questo limite devono essere finanziate a pieno dalle famiglie.

**AUTODICHIARAZIONE (barrare le caselle per confermare la lettura)**

- Dichiaro che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.
- Dichiaro che, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. nr. 445/2000 sono consapevole della responsabilità penale, prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, alla quale vado incontro in caso di dichiarazioni false o incomplete, così come in caso di uso di atti falsi. Mi impegno a comunicare immediatamente alla direzione dell'Asilo Nido Pinocchio del Comune di Bressanone ogni variazione delle situazioni, che sono state determinanti per l'ammissione al servizio di assistenza alla prima infanzia, soprattutto per quanto riguarda la situazione lavorativa, economica e la composizione della famiglia. In caso di mancata comunicazione, questa sarà considerata dall'Amministrazione Comunale come omissione e pertanto sarà perseguita secondo quanto riportato sopra.
- Autorizzo il Comune di Bressanone ad effettuare presso le sedi competenti controlli diretti per accertare la veridicità dei dati forniti. In caso di opposizione ai suddetti controlli le prestazioni non potranno essere concesse o verranno revocate.

Dichiaro di essere consapevole, che l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie, previste dall'art. 1 comma 1 e comma 1bis, del Decreto legge nr. 73/2017, convertito con modificazioni dalla legge nr. 119/2017 e recante „Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci“, secondo le indicazioni contenute nel Calendario vaccinale nazionale vigente nell'anno di nascita di mio/a figlio/a costituiscono requisito di accesso essenziale al servizio di assistenza alla prima infanzia, con la conseguenza che, la mancata osservanza da parte mia di tale obbligo, entro i termini prescritti, comporta l'immediata esclusione di mio/mia figlio/a dal servizio di assistenza alla prima infanzia ovvero l'impossibilità di una sua prima ammissione.

Dichiaro inoltre di essere consapevole, che i dati relativi allo stato vaccinale di mio/a figlio/a potranno essere oggetto di comunicazione tra l'Amministrazione Comunale e l'Azienda Sanitaria competente, per l'attività di verifica della regolarità vaccinale e l'avvio delle procedure previste dalla Legge vigente.

Dichiaro di essere stato informato, che tutte le comunicazioni scritte verranno fatte via e-mail e che le stesse, in base alle proprie impostazioni di sicurezza, possono finire anche nella cartella spam. Mi impegno a controllare regolarmente la mia cartella spam per le email.

### **DISPOSIZIONI SULLA PRIVACY**

*Ai sensi e per gli effetti degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 l'informativa relativa alla protezione dei dati personali è reperibile al seguente link [www.bressanone.it/it/privacy](http://www.bressanone.it/it/privacy) o è consultabile nei locali del Municipio*

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma

Confermo che la presente dichiarazione è stata firmata in mia presenza.	
_____	_____
Data	firma del dipendente

\*In alternativa alla firma in presenza del dipendente addetto, deve essere allegata la fotocopia della carta d'identità.