



**Comune di Sant'Egidio  
del Monte Albino**



COMUNE DI  
SCAFATI



COMUNE DI  
SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO



COMUNE DI  
ANGRI



COMUNE DI  
CORBARA

**PIANO DI ZONA - AMBITO TERRITORIALE S01\_2**

***Al Coordinatore del Piano di Zona Ambito S01\_2  
Comune Capofila  
Scafati***

***per il tramite  
del Comune di Sant'Egidio del Monte Albino***

**Oggetto: Richiesta d'iscrizione all'Asilo Nido comunale di Sant'Egidio del Monte Albino.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'iscrizione all'Asilo Nido comunale di Sant'Egidio del Monte albino - FONDI PAC INFANZIA** gestito  
da soggetto individuato ed autorizzato dall'Ambito S01-2, per la seguente tipologia di servizio:

☐ tempo pieno ☐ part time<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

con decorrenza dal mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ a favore del minore:

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP (\_\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e s.m.i.,

**DICHIARA**

- ☐ di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno almeno da 1 anno;
- ☐ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- ☐ che il minore è disabile (riconosciuto ai sensi della L. 104/92);
- ☐ di aver preso visione e di accettare l'Avviso Pubblico per l'iscrizione all'Asilo Nido del Comune di Sant'Egidio del Monte Albino;
- ☐ di aver letto e compreso l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, relativa al trattamento dei propri dati personali.

Ai fini della predisposizione della graduatoria di ammissione, dichiara, inoltre, di aver diritto all'attribuzione dei seguenti punteggi: **(barrare il punteggio da riconoscere)**

| CRITERI DI VALUTAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                           | PUNTEGGIO<br>(barrare se<br>spettante) | PUNTEGGIO<br>RISERVATO<br>ALL'UFFICIO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>PARAGRAFO A) SITUAZIONE DEL MINORE</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                       |
| Bambini/e appartenenti a nuclei familiari con problematiche sociali che possano compromettere la loro integrità psicofisica o bambini/e il cui inserimento al nido sia valutato elemento necessario al progetto di tutela con certificazione o relazione rilasciata dal Settore Servizi Sociali. | 20                                     |                                       |
| Bambini/e orfani di uno o entrambi i genitori oppure figli di ragazza madre/ragazzo padre                                                                                                                                                                                                        | 20                                     |                                       |
| <b>PARAGRAFO B) SITUAZIONE DELLA FAMIGLIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                       |
| Infermità grave di un genitore attestata da certificazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica                                                                                                                                                                                            | 10                                     |                                       |
| Presenza di un familiare o convivente non autosufficiente                                                                                                                                                                                                                                        | 10                                     |                                       |

|                                                                                                         |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| bisognoso di assistenza costante attestata da certificazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica |      |  |
| Madre in gravidanza rilevata da certificazione sanitaria                                                | 3    |  |
| Per ogni fratello/sorella di età da 0 a 3 anni<br>(indicare il numero) n. _____                         | 1    |  |
| Per ogni fratello/sorella di età superiore ad anni 3 e fino a 14 anni<br>(indicare il numero) n. _____  | 0,50 |  |
| Gemelli                                                                                                 | 10   |  |
| <b>PARAGRAFO C) CONDIZIONE LAVORATIVA DI UN GENITORE</b>                                                |      |  |
| Lavoro a tempo pieno                                                                                    | 12   |  |
| Lavoro part-time con orario pari o superiore al 50% dell'orario previsto                                | 8    |  |
| Lavoro part-time con orario inferiore al 50% dell'orario previsto                                       | 6    |  |
| Studente non occupato                                                                                   | 6    |  |
| Lavori occasionali, brevi e/o saltuari                                                                  | 6    |  |
| Disoccupato                                                                                             | 5    |  |
| Casalinga                                                                                               | 3    |  |
| Lavoro fuori sede con assenze prolungate                                                                | 3    |  |
| <b>PARAGRAFO D) CONDIZIONE LAVORATIVA DELL'ALTRO GENITORE</b>                                           |      |  |
| Lavoro a tempo pieno                                                                                    | 6    |  |
| Lavoro part-time con orario pari o superiore al 50% dell'orario previsto                                | 4    |  |
| Lavoro part-time con orario inferiore al 50% dell'orario previsto                                       | 3    |  |
| Studente non occupato                                                                                   | 3    |  |
| Lavori occasionali, brevi e/o saltuari                                                                  | 3    |  |
| Disoccupato                                                                                             | 2,5  |  |
| Casalinga                                                                                               | 1,5  |  |
| Lavoro fuori sede con assenze prolungate                                                                | 1,5  |  |

**Allegati:**

1. Copia della certificazione ISEE aggiornata all'ultima dichiarazione fiscale;
2. Copia della documentazione dell'avvenuta vaccinazione o certificazione redatta dal pediatra attestante la motivazione relativa all'esonero o al differimento della vaccinazione o copia della richiesta di vaccinazione all'ASL;
3. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
4. Copia codice fiscale del/della bambino/a;
5. Documentazione dell'ASL attestante il riconoscimento della condizione di non autosufficienza o di infermità di persone appartenenti al nucleo familiare;
6. Documentazione attestante l'eventuale condizione di disabilità del minore;

7. Dichiarazione sostitutiva relativa alla residenza e allo stato di famiglia;
8. Eventuali altri documenti attestanti il possesso dei requisiti richiesti.

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.*

*Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire al loro successivo trattamento comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.*

---

(data)

*Il Dichiarante*

---