

ANNO EDUCATIVO 2024/2025

Esente da imposta di
bollo ai sensi dell'art. 11
della Tabella Allegato B di
cui al DPR 642/72

Domanda di ammissione al servizio nido d'infanzia intercomunale della Valle di Cembra tempo pieno e/o tempo parziale presentata nel periodo:

- dal 1° marzo al 30 aprile 2024**
- dal 1° maggio al 31 agosto 2024**
- dal 1° settembre al 31 dicembre 2024**
- dal 1° gennaio al 30 aprile 2025**

(inserimento nella graduatoria annuale)
(inserimento nella graduatoria fuori termine)
(inserimento nella graduatoria fuori termine)
(inserimento nella graduatoria fuori termine)

Alla Comunità Valle di Cembra Servizio Finanziario

Piazza San Rocco 9 – Palazzo Barbi
38034 CEMBRA LISIGNAGO

e-mail: protocollo@comunita.valledicembra.tn.it

PEC: comunita@pec.comunita.valledicembra.tn.it

RICEVUTA IN DATA _____

ALLE ORE _____

Il funzionario incaricato

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ in via _____
telefono n. _____ cellulare n. _____

in qualità di: padre madre tutore affidatario

se tutore o affidatario indicare gli estremi del provvedimento:

(indicare *data, protocollo* ed *ente* che ha rilasciato il provvedimento)

del bambino/bambina

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____ maschio femmina
codice fiscale _____ cittadinanza _____
residente a _____ in via _____

ovvero

è stata presentata in data _____ dichiarazione di cambio residenza nel Comune
di _____ via _____ (*)
è in corso l'iscrizione all'anagrafe del Comune di _____ via _____

(*) La domanda di ammissione può essere presentata dal momento in cui il bambino/a risulta iscritto/a all'anagrafe di uno dei Comuni della Valle di Cembra o qualora sia già stata presentata dichiarazione di cambio residenza.

Consapevole che in assenza di dati utili ai fini dell'attribuzione del punteggio la domanda non potrà essere accolta

chiede

- l'ammissione, a partire dal mese di _____ del proprio/a figlio/a al Servizio Nido d'Infanzia intercomunale della Valle di Cembra (indicare le scelte in ordine di preferenza):

1. _____
2. _____
3. _____

- di fruire della seguente fascia oraria:

- dalle 7.30 alle 17.30 - TEMPO PIENO
- dalle 7.30 alle 13.00 con erogazione del pasto presso il nido e senza riposo - PART TIME
- dalle 12.00 alle 17.30 senza erogazione del pasto e con riposo - PART TIME
- dalle 11.00 alle 16.30 con erogazione del pasto presso il nido e con riposo – PART TIME

- che ogni comunicazione relativa alla presentazione della domanda, formazione delle graduatorie, assegnazione e accettazione del posto venga trasmessa al seguente indirizzo e-mail:

oppure

solo per i sottoscrittori che non dispongono di e-mail indicare un numero di telefono al quale sarà contattato, in caso di assegnazione:

telefono: _____

- *A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.. Nei confronti di chi rilascia dichiarazioni non veritiero, l'Amministrazione procederà rideterminando la posizione in graduatoria in base all'attribuzione del punteggio derivante dalla situazione effettivamente verificata rispetto a quella dichiarata, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente.*

dichiara

- che il nucleo familiare del bambino/a è composto dai seguenti componenti (*):

<input type="checkbox"/> padre <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> convivente	cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ codice fiscale _____ residenza _____
<input type="checkbox"/> madre <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> convivente	cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ codice fiscale _____ residenza _____

<input type="checkbox"/> fratello o <input type="checkbox"/> sorella	cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ codice fiscale _____ residenza _____
<input type="checkbox"/> fratello o <input type="checkbox"/> sorella	cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ codice fiscale _____ residenza _____
<input type="checkbox"/> fratello o <input type="checkbox"/> sorella	cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ codice fiscale _____ residenza _____
<input type="checkbox"/> fratello o <input type="checkbox"/> sorella	cognome e nome _____ luogo e data di nascita _____ codice fiscale _____ residenza _____

(*) Si ricorda che ai fini dell'attribuzione del punteggio il nucleo familiare di riferimento e quello dei genitori che dovrà essere autocertificato al momento della domanda. Se uno dei genitori ha residenza anagrafica diversa e non sussista situazione di separazione legale, di divorzio, di abbandono del coniuge accertato in sede giurisdizionale, di esclusione del coniuge dalla potestà genitoriale, di provvedimento di allontanamento dalla residenza familiare, ambedue i genitori si considerano facenti parte dello stesso nucleo familiare del bambino.

che il nucleo familiare è seguito dai Servizi Sociali della Comunità della Valle di Cembra

cognome e nome dell'assistente sociale di riferimento: _____

Punto 1 – Condizioni di priorità

Il/la bambino/a presenta una situazione di disabilità certificata

SI

NO

verbale di data _____ prot. n. _____

emesso dall'Ente _____

Il/la bambino/a è in una situazione di svantaggio sociale e culturale attestato da relazione del Servizio Sociale

SI

NO

relazione di data _____ prot. n. _____

emesso dall'Ente _____

Punto 2 – Situazione familiare

2.1 presenza di un solo genitore

Assenza nel nucleo familiare di un genitore per (*):

- mancato riconoscimento del bambino/bambina da parte di uno dei due genitori
- vedovanza
- separazione legale
- divorzio
- abbandono del coniuge, accertato in sede giurisdizionale
- esclusione di uno dei coniugi dalla potestà sui figli
- provvedimento di allontanamento dalla residenza familiare
 - provvedimento di data _____ prot. n. _____
 - emesso dall'Ente _____

2.2 Presenza di persone affette da disabilità

Presenza nel nucleo familiare di riferimento di uno o più componenti in condizioni di disabilità certificata:

- padre/convivente % invalidità _____
- madre/ convivente % invalidità _____
- figlio/a % invalidità _____
- figlio/a % invalidità _____

verbale di data _____ prot. n. _____

emesso dall'Ente _____

(*) *La convivenza con un nuovo/a compagno/a viene ritenuta come presenza nel nucleo familiare di due genitori.*

2.3 Situazione lavorativa dei genitori

Ogni dichiarazione deve fare riferimento a situazioni già in essere al momento della presentazione della domanda.

Non si terra conto di promesse di assunzione o di situazioni lavorative non formalizzate.

PADRE o convivente (indicare il nome): _____

SE LAVORATORE DIPENDENTE indicare:

- occupato oltre le 24 ore/settimana *(allegare il contratto di lavoro o dichiarazione del datore di lavoro attestante tale situazione)*

(l'orario degli insegnanti a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 36 ore settimanali)

- occupato entro le 24 ore/settimana *(allegare il contratto di lavoro o dichiarazione del datore di lavoro attestante tale situazione)*

SE LAVORATORE AUTONOMO indicare:

numero di partita iva: _____

Agenzia delle Entrate di: _____

Iscrizione Camera di Commercio di: _____

SE DISOCCUPATO

iscritto al Centro per l'Impiego di: _____

SE STUDENTE indicare:

iscritto a: _____
(allegare documentazione o dichiarazione attestante tale situazione)

SE NON OCCUPATO indicare:

non occupato e non iscritto al Centro per l'Impiego

MADRE o convivente (indicare il nome): _____

SE LAVORATRICE DIPENDENTE indicare:

occupata oltre le 24 ore/settimana *(allegare il contratto di lavoro o dichiarazione del datore di lavoro attestante tale situazione)*

(l'orario degli insegnanti a tempo pieno è fissato convenzionalmente in 36 ore settimanali)

occupata entro le 24 ore/settimana *(allegare il contratto di lavoro o dichiarazione del datore di lavoro attestante tale situazione)*

SE LAVORATRICE AUTONOMA indicare:

numero di partita iva: _____

Agenzia delle Entrate di: _____

Iscrizione Camera di Commercio di: _____

SE DISOCCUPATA

iscritta al Centro per l'Impiego di: _____

SE STUDENTE indicare:

iscritto a: _____
(allegare documentazione o dichiarazione attestante tale situazione)

SE NON OCCUPATA indicare:

non occupata e non iscritta al Centro per l'Impiego

Punto 3 – Situazione economica

che la situazione economico/patrimoniale del nucleo del bambino è:

valore I.C.E.F. (*): _____ l'attestazione è stata rilasciata dal CAF: _____

data attestazione: _____ ID attestazione: _____

cognome, nome del dichiarante: _____

codice fiscale: _____

di non avvalersi dell'attestazione I.C.E.F.

(*) l'attestazione ICEF deve essere rilasciata da un CAF abilitato, con le modalità e i criteri stabiliti delle direttive provinciali per l'adozione del sistema tariffario ICEF per i servizi per la prima infanzia

Punto 4 – Tempo di attesa

domanda presentata per l'anno educativo 2023-2024 alla Comunità della Valle di Cembra e non accolta per mancanza di posti (*).

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza che tutti i requisiti e le condizioni che danno luogo a punteggio utile ai fini della formazione della graduatoria devono essere posseduti all'atto della domanda;
2. di essere consapevole della sua piena responsabilità circa l'esattezza dei dati forniti e di impegnarsi a comunicare tempestivamente con le stesse modalità di presentazione della domanda gli eventuali cambiamenti di indirizzo e-mail o di numero telefonico avvenuti successivamente alla presentazione della domanda;
3. di essere a conoscenza che l'Amministrazione si riserva di operare controlli sulle dichiarazioni rese;
4. di essere a conoscenza che per la frequenza del nido d'infanzia è necessario aver assolto gli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente.

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003, i dati personali sono raccolti dalla Comunità della Valle di Cembra, nell'ambito del procedimento oggetto della presente ed in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati possono essere oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento è la Comunità della Valle di Cembra, Responsabile della protezione dei dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in Via Torre Verde, 23 – e-mail: servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet: www.comunitrentini.it.

Il sottoscritto può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e dall'articolo 7 del D.Lgs 196/2003.

L'informativa completa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003, è a disposizione presso la Comunità di valle competente per territorio.

Data _____

(firma leggibile) _____

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. n. 445 28/12/2000 e s.m., la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta in presenza del dipendente addetto: _____

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscritto.

* * *

Si consiglia la presentazione della seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva ICEF per il servizio Nido d'Infanzia
- idonea documentazione che certifichi, per i nuclei familiari in condizione di particolare disagio, lo stato di disabilità
- documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie (art. 1 L. 119/2017) ovvero l'esonero, l'omissione o il differimento delle stese in relazione a quanto indicato nel medesimo articolo o la presentazione della formale richiesta di vaccinazione all'A.P.S.S. o in alternativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi del DPR 445/2000