



DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO "Pozzo" A. S. 2019/2020

POSTI RISERVATI AOU

Bando protocollo n. 11014/19 del 15/04/2019

Sezione MEDI
Sezione GRANDI
(Barrare la casella di interesse)

Il/La sottoscritto/a _____

(Scrivere in stampatello e leggibile)

Dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena

qualifica _____

(Specificare tempo determinato/indeterminato/contratto/altro)

tel. lavoro _____ - luogo lavoro _____

CHIEDE

L'ammissione al nido A TEMPO PIENO

Se interessa il part-time barrare la casella

per il/la bambino/a

nato/a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

in via _____ n. _____

solo per chi è domiciliato a Modena e residente in altro Comune (compilare domicilio):

domiciliato a _____ in via _____

tel. abitazione _____

altro recapito telefonico _____

indirizzo e-mail per comunicazioni _____

Inesattezze nell'indirizzo e nel recapito telefonico possono comportare difficoltà di comunicazione, con conseguente rischio di esclusione dalla graduatoria.

A tal fine dichiara:

- In ottemperanza a quanto disposto dalla L. 119/2017 e dalla L.R. 19/2016:
 - che il proprio bambino/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie, secondo il calendario vaccinale stabilito in base all'età;
 - Che il proprio bambino/a si trova in una delle seguenti situazioni per cui allega alla presente idonea documentazione comprovante l'esonero, l'omissione o il differimento per motivi di salute.

- che la situazione familiare è la seguente:

	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Titolo di Studio	Professione
Padre					
Madre					
Figlio da iscrivere					
Altro figlio					
Altro figlio					
Altro figlio					
Altro figlio					

I dati relativi al nucleo familiare vanno compilati per ciascun componente la famiglia. Nel caso di figli minori senza titoli di studio e/o non lavoratori, si lascia la casella in bianco. In caso di disoccupazione si indica: non occupato/a.

DATI SULLA FAMIGLIA

1- Il punteggio relativo al numero dei figli è attribuito dall'ufficio, in base a quanto dichiarato nella tabella del nucleo familiare.

2- padre, madre, fratello o sorella del bambino/a per il quale si fa domanda, invalidi:

da 33 a 45% _____

da 46 a 67% _____

oltre il 67% _____

pari al 100% _____ (non compilare se trattasi di genitori. Vedi punto

scrivere il numero degli eventuali familiari con invalidità (es: 1, 2 o 3...).

3- Parenti entro il 3° grado (nonni, bisnonni e zii riferiti al bambino) completamente impediti fisicamente (invalidità oltre i 2/3) purché conviventi e non ospiti di struttura protetta: indicare il numero dei soggetti (con cognome e nome e relazione di parentela) che si trovano in tale condizione. Se un nonno/a è considerato in questa voce non va compilata la tabella dell'affidabilità che gli si riferisce.

oltre il 67% _____ Cognome _____ Nome _____
Rapporto di Parentela _____

pari al 100% _____ Cognome _____ Nome _____
Rapporto di Parentela _____

N.B. L'invalidità deve essere ufficialmente riconosciuta. Non è sufficiente la sola documentazione sanitaria o la richiesta di invalidità

4. Assenza dal nucleo familiare di 1 genitore:

- Separazione o divorzio
- Morte o invalidità 100%
- Mancato riconoscimento

5- Domande per gemelli

6- Entrambi i genitori dipendenti del Policlinico

LAVORO DEI GENITORI

GENITORE NON DIPENDENTE DEL POLICLINICO

Nome e Cognome: _____

Denominazione ditta di lavoro: _____

Luogo della sede di lavoro(Comune) _____

Recapito Telefonico: _____

DISOCCUPATO

LAVORATORE DIPENDENTE

LAVORATORE AUTONOMO

- Tempo pieno
- Part- time
- Assenza continuativa per attività lavorativa

GENITORE DIPENDENTE DEL POLICLINICO CHE FIRMA LA

DOMANDA

7 Lavoratore Studente:

8 Orario settimanale di lavoro da contratto: numero ore _____

9 Pendolarità: indicare la distanza tra il Comune di residenza/domicilio ed il Comune del luogo di lavoro numero Km _____ **(il numero dei km fa riferimento al percorso di solo andata)**

Non si considera pendolarità il percorso effettuato all'interno dello stesso Comune.

10 Lavoratori con impegno notturno :

GENITORI entrambi DIPENDENTI DELL'AZIENDA

COMPILARE ANCHE LA PARTE SUCCESSIVA

ALTRO GENITORE DIPENDENTE DEL POLICLINICO

Nome e Cognome.....

Reparto/ufficio.....

Telefono lavoro.....

Altro telefono.....

7 BIS- Lavoratore Studente:

Barrare la casella se lavoratore studente

8 BIS- Orario settimanale di lavoro da contratto: numero ore _____

9 BIS Pendolarità, numero Km. _____ **(il numero dei km fa riferimento al percorso di solo andata)**

indicare la distanza tra il Comune di residenza/domicilio ed il Comune del luogo di lavoro

Non si considera pendolarità il percorso effettuato all'interno dello stesso Comune.

10 BIS- Lavoratori con impegno notturno:

Barrare la casella se lavoratore con impegno notturno

AFFIDABILITA' DEI NONNI

AFFIDABILITÀ DEL NONNO PATERNO:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

11 - Condizione di impossibilità ad affidare :

- a) occupato a tempo pieno
- b) residenza oltre i 20 Km
- c) anzianità oltre i 70 anni
- d) completamente impedito fisicamente (inv. sup.2/3) ospite di struttura per anziani o non convivente
- e) deceduto

12 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare:

- a) occupato a part-time
- b) residenza da 11 a 20 Km
- c) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente

AFFIDABILITÀ DELLA NONNA PATERNA:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

13 - Condizione di impossibilità ad affidare:

- a. occupato a tempo pieno
- b. residenza oltre i 20 Km
- c. anzianità oltre i 70 anni
- d. completamente impedito fisicamente (inv.sup.2/3)
ospite di struttura per anziani o non convivente
- e. deceduto

14 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare:

- a. occupato a part-time
- b. residenza da 11 a 20 Km
- c. anzianità oltre i 65 anni
- d. accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e. accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f. accudisce genitore ultraottantenne non convivente
- g.

AFFIDABILITÀ DEL NONNO MATERNO:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

15 - Condizione di impossibilità ad affidare :

- a. occupato a tempo pieno
- b. residenza oltre i 20 Km
- c. anzianità oltre i 70 anni
- d. completamente impedito fisicamente (inv. sup.2/3)
ospite di struttura per anziani o non convivente
- e. deceduto

16 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare:

- a) occupato a part-time
- b) residenza da 11 a 20 Km
- c) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente

AFFIDABILITÀ DELLA NONNA MATERNA:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

17 - Condizione di impossibilità ad affidare:

- a) occupato a tempo pieno
- b) residenza oltre i 20 Km
- c) anzianità oltre i 70 anni
- d) completamente impedito fisicamente (inv.sup.2/3) ospite di struttura per anziani o non convivente
- e) deceduto

18 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare:

- a) occupato a part-time
- b) residenza da 11 a 20 Km
- c) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente

NOTE

- **Il 71°, 66° anno di età, deve essere compiuto nell'anno solare di emissione del bando.**
- **Per ogni nonno si deve considerare un solo punteggio, cioè quello relativo alla condizione di maggior disagio.**

SI INVITA A PORRE LA MASSIMA ATTENZIONE NELLA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E SI PRECISA CHE PER I PUNTI NON COMPILATI NON VERRÀ ASSEGNATO ALCUN PUNTEGGIO.

ATTENZIONE: NEL CASO VENGANO SEGNATE CONDIZIONI INCOMPATIBILI TRA DI LORO SARA' ASSEGNATA UNA SOLA CONDIZIONE (LA PIU' FAVOREVOLE).

Alcune informazioni:

- dalla data di pubblicazione della graduatoria, l'utente ammesso si considera assegnatario del posto; nel caso decidesse di rinunciare si richiede di comunicarlo al funzionario responsabile della procedura (Mirella Cantaroni tel. 059/422.4629 mail: cantaroni.mirella@aou.mo.it) entro dieci giorni dalla data di pubblicazione della graduatoria;
- eventuale ricorso potrà essere presentato entro 10 giorni dalla pubblicazione della graduatoria;
- le variazioni delle condizioni dichiarate in domanda dovranno essere segnalate, al fine della correttezza del punteggio assegnato, entro il termine finale stabilito per i ricorsi;
- la retta mensile sarà comunicata dal gestore del servizio.

Il richiedente si impegna, in caso di ammissione, a:

1. Corrispondere la retta prevista entro il mese successivo a quello di frequenza (tariffa intera per frequenze superiori a 5 giorni, tariffa dimezzata per frequenze fino a 5 giorni). Per il primo mese di frequenza al Nido non vale la regola sopraccitata e la retta sarà determinata in base alla data di ammissione stabilita d'ufficio;
2. Corrispondere, in caso di ritardato pagamento, le spese sostenute per le procedure di sollecito e di recupero;
3. Presentare, in caso di rinuncia (al servizio o al prolungamento d'orario) dichiarazione scritta **entro il 25° giorno di ogni mese** per evitare l'addebito della semiretta del mese successivo.

NB.: i rapporti riferiti a quanto indicato ai tre punti precedenti intercorreranno direttamente con il gestore del servizio

Modena, _____

Il richiedente
