



DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO "La Pimpa" A. S. 2018/2019

POSTI CONVENZIONATI RISERVATI AOU

Bando protocollo n. 13859/18 del 04/06/2018

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 – Policlinico

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 che la sua 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 CHE FIRMA LA DOMANDA**

## **DIPENDENTE DEL POLICLINICO**

**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

Modena, \_\_\_\_\_

*Il richiedente*

\_\_\_\_\_

## 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 referente della procedura entro dieci giorni dalla 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.

I rapporti riferiti a quanto indicato ai tre punti precedenti intercorreranno direttamente con il gestore del servizio