

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO PINOCCHIO ANNO EDUCATIVO 2025/26

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

Il/La sottoscritto/a (nome, cognome) _____,
nato/a il _____ a _____, in qualità di tutore/tutrice
legale chiede l'ammissione all'asilo nido Pinocchio per

<input type="checkbox"/>	il/la bambino/a (nome, cognome) _____, nato/a il _____, a _____, residente a _____, in via _____, genere <input type="checkbox"/> maschile / <input type="checkbox"/> femminile, cittadinanza _____, lingua/e parlata/e a casa oppure dal bambino _____.
<input type="checkbox"/>	il nascituro (nome, cognome) _____, presunta data di nascita _____, residente a _____, in via _____, genere <input type="checkbox"/> maschile / <input type="checkbox"/> femminile, cittadinanza/e _____, lingua/e parlata/e a casa oppure dal/la bambino/a _____.

CODICE FISCALE DEL/LA BAMBINO/A:

—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 bambino/a, i bambini
<input type="checkbox"/>	famiglia monogenitoriale convivente con altra persona (che non sia il genitore biologico del/la bambino/a) e con il/la bambino/a oppure i bambini

STRUTTURA:

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

Scelga 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.)**

<u>POSSIBILI FASCE ORARIE* E TARIFFE</u>	
<input type="checkbox"/>	<u>Fascia A: Mattina</u> (min. 5,40 €/giorno – max. 15,00 €/giorno) <u>Entrata:</u> 07:30 – 09:00 / <u>Uscita:</u> 11:45 – 12:30
<input type="checkbox"/>	<u>Fascia B: Giornaliera</u> (min. 7,20 €/giorno – max. 18,00 €/giorno) <u>Entrata:</u> 07:30 – 09:00 / <u>Uscita:</u> 14:30 – 15:30
<input type="checkbox"/>	<u>Fascia C: Prolungata**</u> (min. 9,00 €/giorno – max. 25,30 €/giorno) <u>Entrata:</u> 07:30 – 09:00 / <u>Uscita:</u> 16:30 - 17:30 <input type="checkbox"/> tutti i giorni (5 giorni su 5) <input type="checkbox"/> non tutti i giorni – Quali giorni? (Inserisca sotto i giorni desiderati) _____

Le linee guida della Provincia Autonoma di Bolzano prevedono la frequenza minima di 20 ore settimanali, 5 giorni a 5.

* Informiamo che in caso di carenza di personale gli orari di apertura potrebbero subire variazioni anche durante l'anno educativo.

** 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 delle fasce orarie A e C non è possibile.

La fascia oraria C verrà attivata solo in caso di sufficienti richieste a garantire una sezione e qualora ci fosse disponibilità di personale sufficiente. Informiamo che in caso di carenza di personale gli orari del turno prolungato potrebbero subire delle variazioni oppure lo stesso potrebbe essere sospeso anche nel corso dell'anno educativo.

DATA DI AMMISSIONE DESIDERATA (a partire da settembre 2025): _____

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

	<u>MADRE</u>	<u>PADRE</u>
<u>Nome e cognome</u>	_____	_____
<u>Codice fiscale</u>	_____	_____
<u>Situazione lavorativa</u>	<input type="checkbox"/> disoccupata <input type="checkbox"/> disoccupata iscritta nelle liste ** <input type="checkbox"/> occupata <input type="checkbox"/> studentessa*	<input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> disoccupato iscritto nelle liste ** <input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> studente*
<u>Percentuale lavorativa (contratto attuale)</u>	<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%

<u>Tipo di impiego e datore di lavoro***</u>	_____	_____
<u>Maternità / paternità</u>	<input type="checkbox"/> attualmente in obbligatoria <input type="checkbox"/> attualmente in facoltativa Fino in data? _____	<input type="checkbox"/> attualmente in obbligatoria <input type="checkbox"/> attualmente in facoltativa Fino in data? _____
<u>Orario di lavoro</u>	_____	_____
<u>Sede di lavoro stabile</u>	<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
<u>Numero tel. privato</u>	_____	_____
<u>Numero tel. lavoro</u>	_____	_____
<u>Indirizzo di residenza</u>	_____	_____
<u>Indirizzo e-mail valido</u> <u>(tutte le comunicazioni</u> <u>verranno fatte sull'indirizzo</u> <u>e-mail indicato – consulti</u> <u>anche cartella Spam)</u>	_____	_____

* 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 tutori legali.

STATO DI FAMIGLIA (indichi il/la bambino/a e le persone conviventi a tutti gli effetti con lo/la stesso/a e dichiarati sullo stesso stato di famiglia)

	<u>Nome e cognome</u>	<u>Grado di parentele</u> (in riferimento al/la bambino/a)	<u>Data di nascita</u>	<u>Cittadinanza/e</u>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

SITUAZIONE REDDITUALE DELLA FAMIGLIA (modello DURP – valore VSE)

VSE (indichi il valore situazione economica che trova in fondo alla tabella sul modello DURP) _____

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. Le dichiarazioni vengono generate dal sistema, non possono quindi essere modificate retroattivamente.

PARTICOLARI SITUAZIONI FAMILIARI (barrare le caselle corrispondenti)

<input type="checkbox"/>	Problemi di handicap/disagio psico-fisico del/la bambino/a*
<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

no sì

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

Il/La tutore/tutrice legale

- dichiara che tutte le informazioni riportate nella domanda di ammissione all'asilo nido corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti;
- dichiara che, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. nr. 445/2000 è consapevole della responsabilità penale, prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, alla quale va incontro in caso di dichiarazioni false o incomplete, così come in caso di uso di atti falsi. Si impegna 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;

autorizza 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;

dichiara 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 del/della proprio/a figlio/a costituiscono requisito di accesso essenziale al servizio asilo nido, con la conseguenza che, la mancata osservanza da parte sua di tale obbligo, entro i termini prescritti, comporta l'immediata esclusione del/la proprio/a figlio/a dall'asilo nido ovvero l'impossibilità di una sua prima ammissione.

dichiara inoltre di essere consapevole, che i dati relativi allo stato vaccinale del/la proprio/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.

dichiara di essere stato/a informato/a, 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. Si impegna a controllare regolarmente la sua cartella spam per le e-mail.

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 o è consultabile nei locali del Municipio

Data Firma

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

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