



Amministrazione destinataria

Comune di Impruneta

Ufficio destinatario

Servizi scolastici e per l'infanzia

**Servizio di nido d'infanzia comunale  
Via della Cooperazione 29 - Tavarnuzze**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ANNO EDUCATIVO 2025/2026  
(Regolamento Comunale approvato con DCC. n. 26 del 12/4/2016, come modificato  
con DCC n. 102 del 29/12/2020)**

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

**del bambino**

Cognome		Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

--

**CHIEDE**

che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso al nido

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- Di essere consapevole che la regolarità rispetto all'obbligo vaccinale ai sensi del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci", costituisce requisito di accesso ai servizi educativi.



### 3. SITUAZIONE LAVORATIVA GENITORE 1

Mel caso vengano segnalate più situazioni, verrà considerata solo quella che dà il punteggio più elevato.

#### 3a. Lavoratore dipendente

Si richiede di allegare alla presente l'attestazione della situazione lavorativa ( es. dichiarazione del datore di lavoro, contratto di lavoro)

<input type="radio"/> 1. LAVORATORE occupato a tempo pieno (dipendente, autonomo, libero professionista)	punti 12
<input type="radio"/> 2. STUDENTE, se universitario deve aver sostenuto almeno 3 esami negli ultimi due anni	punti 10
<input type="radio"/> 3. LAVORATORE occupato part-time fino a 18 ore settimanali	punti 6
<input type="radio"/> 4. LAVORATORE occupato part-time fino a 30 ore settimanali	punti 8
<input type="radio"/> 5. LAVORATORE occupato part-time oltre 30 ore settimanali	punti 10
<input type="radio"/> 6. LAVORATORE precario	punti 8
<input type="radio"/> 7. DISOCCUPATO iscritto nelle liste da almeno 6 mesi	punti 6
<input type="radio"/> 8. INABILITA' temporanea al lavoro	punti 6
<input type="radio"/> 9. LAVORATORE in mobilità	punti 6
<input type="radio"/> 10. CONDIZIONE di cessazione non volontaria di occupazione (licenziamento, fallimento, ecc...da meno di 6 mesi)	punti 6

Qualifica professionale (operaia, impiegata, infermiera, quadro, dirigente, etc...)

Ente o Ditta presso cui è assunto

Sede effettiva di lavoro (dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro)

#### 3b. Lavoratore autonomo

Si richiede di allegare alla presente la visura della Camera di Commercio o la documentazione relativa alla Categoria di appartenenza

Professione (artigiana, agricoltore, libera professionista, imprenditrice, etc...)

Ramo di attività (edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze)

Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratore, etc...)

Nome e tipo di società (s.n.c. - s.p.a. - individuale, etc...)

Telefono

Data inizio attività

iscrizione INAIL

iscrizione INPS

#### 3c. Turni / Pendolarità

Punteggio

- |  |           |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1. Turni  | punti 0,5 |
| <input type="checkbox"/> 2. Distanza dall'abitazione al posto di lavoro di almeno 50km (pendolarità) | punti 0,5 |

#### 4. SITUAZIONE LAVORATIVA GENITORE 2

Nel caso vengano segnalate più situazioni, verrà considerata solo quella che dà il punteggio più elevato.

##### 4a. Lavoratore dipendente

Si richiede di allegare alla presente l'attestazione della situazione lavorativa ( es. dichiarazione del datore di lavoro, contratto di lavoro)

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="radio"/> 1. LAVORATORE occupato a tempo pieno (dipendente, autonomo, libero professionista)                              | punti 12 |
| <input type="radio"/> 2. STUDENTE, se universitario deve aver sostenuto almeno 3 esami negli ultimi due anni                          | punti 10 |
| <input type="radio"/> 3. LAVORATORE occupato part-time fino a 18 ore settimanali  | punti 6  |
| <input type="radio"/> 4. LAVORATORE occupato part-time fino a 30 ore settimanali  | punti 8  |
| <input type="radio"/> 5. LAVORATORE occupato part-time oltre 30 ore settimanali   | punti 10 |
| <input type="radio"/> 6. LAVORATORE precario  | punti 8  |
| <input type="radio"/> 7. DISOCCUPATO iscritto nelle liste da almeno 6 mesi  | punti 6  |
| <input type="radio"/> 8. INABILITA' temporanea al lavoro  | punti 6  |
| <input type="radio"/> 9. LAVORATORE in mobilità   | punti 6  |
| <input type="radio"/> 10. CONDIZIONE di cessazione non volontaria di occupazione (licenziamento, fallimento, ecc...da meno di 6 mesi) | punti 6  |

Qualifica professionale (operaia, impiegata, infermiera, quadro, dirigente, etc...)

Ente o Ditta presso cui è assunto

Sede effettiva di lavoro (dove viene svolto oltre il 60% dell'orario di lavoro)

##### 4b. Lavoratore autonomo

Si richiede di allegare alla presente la visura della Camera di Commercio o la documentazione relativa alla Categoria di appartenenza

Professione (artigiana, agricoltore, libera professionista, imprenditrice, etc...)

Ramo di attività (edilizia, trasporti, servizi, alimentari, abbigliamento, consulenze)

Posizione occupata (socio, titolare, coadiuvante, amministratore, etc...)

Nome e tipo di società (s.n.c. - s.p.a. - individuale, etc...)

Telefono

Data inizio attività

iscrizione INAIL

iscrizione INPS

##### 4c. Turni / Pendolarità

Punteggio

- |  |           |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1. Turni  | punti 0,5 |
| <input type="checkbox"/> 2. Distanza dall'abitazione al posto di lavoro di almeno 50km (pendolarità) | punti 0,5 |

#### 5. SITUAZIONE ABITATIVA

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Abitazione impropria o malsana o sovraffollata (da documentare) | punti 6 |
|--|---------|

#### 6. CONFERMA ISCRIZIONE

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Conferma di domanda già collocata in lista d'attesa per il precedente periodo di ammissione | punti 1 |
|--|---------|

#### 7. ALTRO

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Bambino/a trasferito/a da altro asilo nido pubblico o privato accreditario della Zona Fiorentina sud-est | punti 2 |
|---|---------|

## 8. CONDIZIONE DEI NONNI

Sarà attribuito il punteggio di 0,25 punti per ciascun nonno/a anche se rispondente a più situazioni sotto descritte

**8a. Nonno materno**

(i punteggi richiesti non saranno assegnati se non verranno prodotti i relativi documenti o certificazioni attestanti la legittimità della richiesta)

- Deceduto
- Invalido (da documentare)
- Residente oltre 30 Km
- occupato a tempo pieno per lavoro o per continua assistenza a familiari

**8b. Nonna materna**

(i punteggi richiesti non saranno assegnati se non verranno prodotti i relativi documenti o certificazioni attestanti la legittimità della richiesta)

- Deceduta
- Invalida (da documentare)
- Residente oltre 30 Km
- occupata a tempo pieno per lavoro o per continua assistenza a familiari

**8c. Nonno paterno**

(i punteggi richiesti non saranno assegnati se non verranno prodotti i relativi documenti o certificazioni attestanti la legittimità della richiesta)

- Deceduto
- Invalido (da documentare)
- Residente oltre 30 Km
- occupato a tempo pieno per lavoro o per continua assistenza a familiari

**8d. Nonna paterna**

(i punteggi richiesti non saranno assegnati se non verranno prodotti i relativi documenti o certificazioni attestanti la legittimità della richiesta)

- Deceduta
- Invalida (da documentare)
- Residente oltre 30 Km
- occupata a tempo pieno per lavoro o per continua assistenza a familiari

### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- certificato medico;
- copia della sentenza di separazione;
- copia documentazione tribunale dei minori attestante l'affidamento;
- certificazione di handicap in gravità ex art. 3, comma 3. l. 104/92;
- documentazione attestante bisogno di assistenza e/o disagio sociale;
- attestazione della situazione lavorativa Genitori Lavoro Dipendente ( es. dichiarazione del datore di lavoro, contratto di lavoro);
- attestazione della situazione lavorativa Genitori Lavoro Autonomo (visura della Camera di Commercio o la documentazione relativa alla Categoria di appartenenza);
- documentazione rilasciata da un tecnico abilitato attestante, sulla base di quanto stabilito dalla normativa vigente in materia, che l'abitazione è sovraffollata o malsana;
- documentazione iscrizione altro nido pubblico o privato accreditario della Zona Fiorentina sud-est;
- certificazione di invalidità nonni rilasciata dalla competente Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità dell'Azienda U.s.l. territoriale e/o da altre eventuali autorità competenti in materia;
- altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Impruneta

Luogo

Data

Il dichiarante