

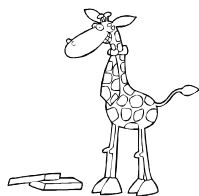


COMUNE DI SAN FELICE SUL PANARO
(Provincia di Modena)

Via Mazzini, 13 - 41038 San Felice sul Panaro

Tel. Centralino 0535 86311 - Fax 0535 84362 - C.F. 00668130362

e-mail: posta@comunesanfelice.net



DOMANDA DI AMMISSIONE HAKUNA MATATA
Anno scolastico 2017/2018

Spett.le Ufficio Scuola

Il/La sottoscritto/a.....
 esercente la potestà genitoriale, nata/o a.....il.....,
 residente a.....in via.....
 tel.....e-mail.....

CHIEDE

che, nato/a il
 a.....venga ammesso/a ad Hakuna Matata a partire da

	CON SERVIZIO DI ASSISTENZA PRE SCOLASTICA dalle ore 07.30 alle ore 08.00
--	---

- consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, come da artt. 75 e 76 del dpr 445/2000;

DICHIARA

° che il proprio nucleo familiare si compone di: *(specificare il grado di parentela)*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

(barrare le caselle appropriate con X)

<input type="checkbox"/>	bambino/a in situazione di handicap certificato ai sensi della L. 104/92
<input type="checkbox"/>	Assenza di un genitore dal nucleo (escluso il caso in cui il nucleo sia di fatto ricostruito)
<input type="checkbox"/>	Presenza di n..... bambini di età compresa da 0 a 3 anni
<input type="checkbox"/>	Presenza di n.....bambini di età compresa da 4 a 16 anni
<input type="checkbox"/>	Presenza di un genitore con invalidità dal 46% al 100%
<input type="checkbox"/>	Presenza di un genitore con invalidità dal 33% al 45%
<input type="checkbox"/>	Familiari conviventi con invalidità superiore ai 2/3

DICHIARA INOLTRE:

<input type="checkbox"/>	Di non aver presentato domanda di iscrizione per altri servizi all'infanzia
<input type="checkbox"/>	Di essere consapevole che la disponibilità per Hakuna Matata per il prossimo anno scolastico è di circa 15 posti
<input type="checkbox"/>	Che il/la proprio/a figlio/a ha regolarmente eseguito le vaccinazioni richieste (l'antipolio, l'antidifterica, l'antitetanica e l'antiepatite B) per l'accesso ai servizi educativi 0-3 anno previste dalla L.R.19 del 25/11/2016 *

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

Attività lavorativa paterna svolta per n..... ore settimanali presso la ditta/datore

di lavoro sito a
con contratto di lavoro:

	A tempo indeterminato		Turnista con orario diurno
	Lavoro precario (fino a tre mesi)		Turnista anche in orario notturno
	Con contratto a termine superiore a tre mesi		Disoccupato – in cerca di occupazione

Attività lavorativa materna svolta per n.....ore settimanali presso la ditta/datore

di lavoro..... sito a
con contratto di lavoro:

	A tempo indeterminato		Turnista con orario diurno
	Lavoro precario (fino a tre mesi)		Turnista anche in orario notturno
	Con contratto a termine superiore a tre mesi		Disoccupata – in cerca di occupazione – non svolge attività lavorativa

Studente:

- in corso regolare di studi con obbligo di frequenza
- in corso regolare di studi senza obbligo di frequenza
- studente fuori corso

Nonni: (nel caso in cui un genitore non svolga attività lavorativa non verrà attribuito punteggio)

Nonni materni residenti a

- Nato il
- Nato il

Nonni paterni residenti a

- Nato il
- Nato il

Nonni materni		Nonni paterni	
	Assente o impossibilitato (bisognoso di assistenza, casa di riposo, immobilizzato)		Assente o impossibilitato (bisognoso di assistenza, casa di riposo, immobilizzato)
	Deceduto		Deceduto
	Occupato oltre 20 ore settimanali		Occupato oltre 20 ore settimanali
	Invalità civile pari o superiore ai 2/3		Invalità civile pari o superiore ai 2/3

San Felice s/P, li

.....
FIRMA

Allega alla presente:

- *Scheda vaccinazione del minore per il quale viene richiesto il servizio
- Eventuali certificazioni mediche oppure ogni altro documento che attesti situazioni familiari particolari

DICHIARO INOLTRE:

di essere informato su quanto previsto dalla Legge 196/2003 : I dati sopra riportati verranno trattati ai soli fini cui sono destinati previsti dalla legge ed inviati, se necessario, a soggetti interessati. Il conferimento dei dati è facoltativo, in mancanza però non potrà essere dato corso alla richiesta. I diritti di cui alla legge n. 196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) possono essere esercitati rivolgendosi al Titolare del trattamento: Sitta D.ssa Emanuela presso Area Socio/Culturale.

In fede.

San felice s/P, li.....

.....

(firma)