

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO ESTIVO 2020 DELLA SCUOLA
DELL'INFANZIA PARITARIA SACRO CUORE**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

In Via _____ Tel. _____

e-mail _____ C.F. _____

genitore di _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____

frequentante nell'anno scolastico 2019/2020 presso il comune di Galliera la seguente scuola:

- ☐ Scuola d'infanzia paritaria Sacro Cuore di San Venanzio di Galliera sezione _____
- ☐ Scuola dell'infanzia Statale di San Vincenzo di Galliera sezione _____
- ☐ Dieta speciale da proseguire come in corso d'anno scolastico

DATI ALTRO GENITORE (compilare anche se non convivente):

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

In Via _____ Tel. _____

e-mail _____ C.F. _____

CHIEDE L' ISCRIZIONE

del proprio figlio/a al Centro Estivo INFANZIA 2020

- ☐ primo anno scuola dell'infanzia a.s. 2019/2020-Servizio solo Part Time
- ☐ secondo e terzo anno scuola dell'infanzia a.s. 2019/2020 – Servizio Tempo Pieno
- ☐ secondo e terzo anno scuola dell'infanzia a.s. 2019/2020 – Servizio Part Time

SETTIMANE RICHIESTE (BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE):

- ☐ DAL 1° LUGLIO AL 3 LUGLIO (settimana non completa)
- ☐ DAL 6 LUGLIO AL 10 LUGLIO
- ☐ DAL 13 LUGLIO AL 17 LUGLIO
- ☐ DAL 20 LUGLIO AL 24 LUGLIO
- ☐ DAL 27 LUGLIO AL 31 LUGLIO

SETTIMANE OPZIONALI (BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE):

(valutate solo nel caso in cui non si riesca a soddisfare la prima scelta oppure nel caso in cui rimangano posti disponibili)

- ☐ DAL 1° LUGLIO AL 3 LUGLIO (settimana non completa)
- ☐ DAL 6 LUGLIO AL 10 LUGLIO
- ☐ DAL 13 LUGLIO AL 17 LUGLIO
- ☐ DAL 20 LUGLIO AL 24 LUGLIO
- ☐ DAL 27 LUGLIO AL 31 LUGLIO

A tal fine, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000:

1. Lo stato di disabilità del/lla figlio/a debitamente certificato SI ☐ NO ☐

2. Nucleo in carico ai servizi sociali e socio sanitari, il cui bambino è segnalato per l'inserimento dai servizi sociali dell'Unione Reno Galliera o dai Servizi Socio sanitari dell'Azienda USL SI ☐ NO ☐

3. NUCLEO FAMILIARE IN GRAVE DIFFICOLTA' NEI SUOI COMPITI DI ASSISTENZA ED EDUCAZIONE:

a) nucleo incompleto o dissociato in cui manchi EFFETTIVAMENTE la figura materna o paterna (decesso un componente coppia, componente coppia in carcere, emigrato all'estero, separato legalmente o divorziato), purché appartenente a famiglia monoparentale (ovvero famiglia composta da un solo genitore e dai figli); ☐

b) infermità grave documentata di un genitore:

- disabilità media (invalidità pari a 67% -> 99%) SI ☐ NO ☐

- disabilità grave (invalidità pari al 100%) SI ☐ NO ☐

4. LAVORO DELLA MADRE (BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE)

a) occupato

- ☐ Fino a 25 ore settimanali-
- ☐ Oltre 25 ore settimanali

b) Occupata in attività essenziali (DPCM 22 marzo 2020: ospedali, farmacie, parafarmacie, forze dell'ordine, trasporti, supermercati e negozi di genere di prima necessità) ☐

c) occupata attualmente in modalità smart working (incompatibile con il punto a) ☐

d) lavoro autonomo ☐

e) in cerca di occupazione (iscritto al centro per l'impiego che partecipi alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio) ☐

5. LAVORO DEL PADRE: (BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE)

a) occupato

- ☐ Fino a 25 ore settimanali-

☐ Oltre 25 ore settimanali

b) Occupata in attività essenziali (DPCM 22 marzo 2020: ospedali, farmacie, parafarmacie, forze dell'ordine, trasporti, supermercati e negozi di genere di prima necessità) ☐

c) occupata attualmente in modalità smart working (incompatibile con il punto a) ☐

d) lavoro autonomo ☐

e) in cerca di occupazione (iscritto al centro per l'impiego che partecipi alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio) ☐

6. CONVIVENTI BISOGNOSI DI ASSISTENZA (CONDIZIONE DI SALUTE CERTIFICATE DA ENTI PUBBLICI)

SI ☐ NO ☐

7. ALTRI FIGLI

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Madre in gravidanza (certificata) | SI ☐ | NO ☐ |
| b) Per ciascun fratello da 0 a 5 anni n. _____ | SI ☐ | NO ☐ |
| c) Per ciascun fratello da 6 a 13 anni n. _____ | SI ☐ | NO ☐ |
| d) Uno o più fratelli disabili (certificato) | SI ☐ | NO ☐ |

8. SITUAZIONE NONNI

NONNO PATERNO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Assente (Deceduto o bisognoso di assistenza, ospedalizzato, casa di riposo ecc | SI ☐ | NO ☐ |
| b) Assente (residente a più di 30 km dall'abitazione del bambino o causa lavoro | SI ☐ | NO ☐ |
| c) Impossibilitato (residente fuori Comune entro i 30 km, invalidità civile non inferiore al 70%, età di 65 anni compiuti alla scadenza del bando) | SI ☐ | NO ☐ |
| d) Presente o non impossibilitato (residente in altra abitazione) | SI ☐ | NO ☐ |
| e) Presente o non impossibilitato (coabitanti) | SI ☐ | NO ☐ |
| f) Presente ma impossibilitato (assistenza familiare disabile) | SI ☐ | NO ☐ |

NONNA PATERNA

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Assente (Deceduto o bisognoso di assistenza, ospedalizzato, casa di riposo ecc | SI ☐ | NO ☐ |
| b) Assente (residente a più di 30 km dall'abitazione del bambino o causa lavoro | SI ☐ | NO ☐ |
| c) Impossibilitato (residente fuori Comune entro i 30 km, invalidità civile non inferiore al 70%, età di 65 anni compiuti alla scadenza del bando) | SI ☐ | NO ☐ |
| d) Presente o non impossibilitato (residente in altra abitazione) | SI ☐ | NO ☐ |
| e) Presente o non impossibilitato (coabitanti) | SI ☐ | NO ☐ |
| f) Presente ma impossibilitato (assistenza familiare disabile) | SI ☐ | NO ☐ |

NONNO MATERNO

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Assente (Deceduto o bisognoso di assistenza, ospedalizzato, casa di riposo ecc | SI ☐ | NO ☐ |
| b) Assente (residente a più di 30 km dall'abitazione del bambino o causa lavoro | SI ☐ | NO ☐ |
| c) Impossibilitato (residente fuori Comune entro i 30 km, invalidità | SI ☐ | NO ☐ |

civile non inferiore al 70%, età di 65 anni compiuti alla scadenza del bando)

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| d) | Presente o non impossibilitato (residente in altra abitazione) | SI ☐ | NO ☐ |
| e) | Presente o non impossibilitato (coabitanti) | SI ☐ | NO ☐ |
| f) | Presente ma impossibilitato (assistenza familiare disabile) | SI ☐ | NO ☐ |

NONNA MATERNA

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) | Assente (Deceduto o bisognoso di assistenza, ospedalizzato, casa di riposo ecc | SI ☐ | NO ☐ |
| b) | Assente (residente a più di 30 km dall'abitazione del bambino o causa lavoro | SI ☐ | NO ☐ |
| c) | Impossibilitato (residente fuori Comune entro i 30 km, invalidità civile non inferiore al 70%, età di 65 anni compiuti alla scadenza del bando) | SI ☐ | NO ☐ |
| d) | Presente o non impossibilitato (residente in altra abitazione) | SI ☐ | NO ☐ |
| e) | Presente o non impossibilitato (coabitanti) | SI ☐ | NO ☐ |
| f) | Presente ma impossibilitato (assistenza familiare disabile) | SI ☐ | NO ☐ |

Data _____

Firma _____