



MODULO DI ISCRIZIONE ASILO D’INFANZIA AZIENDALE “LE MARACHELLE”

2025-2026

\_l\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitore

* consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell’articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445;
* informato/a che potranno essere eseguiti controlli al fine di accertare la veridicità delle informazioni fornite.

CHIEDE

che il bimbo, la bimba

nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/frazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

possa usufruire del servizio di asilo d’infanzia aziendale.

A tal fine

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti sotto indicati:

1. **DATI SITUAZIONE FAMILIARE (indipendentemente da vincoli di coniugio e/o convivenza)**

MADRE

nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PADRE

nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***STATO CIVILE DEL DICHIARANTE - art 8 del regolamento***

1.  Coniugato/a o convivente
2.  Nubile/celibe con figlio riconosciuto da un solo genitore
3.  Nubile /celibe con figlio riconosciuto dall’altro genitore non convivente
4.  Vedovo/a
5.  Separato/a – divorziato/a
6.  Altro *(specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

# Altri componenti il nucleo familiare, specificare nome e cognome e data di nascita di ogni componente e grado di relazione con il dichiarante.

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SITUAZIONE LAVORATIVA DEL DICHIARANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * CON CONTRATTO DI LAVORO CON L’AZIENDA USL VALLE D’AOSTA  |  |  | | --- | --- | | Contratto | 1  tempo indeterminato | |  | 2  tempo determinato, data inizio contratto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | | *Tempo di lavoro* | 1  tempo pieno | |  | 2  part time | | | | | | | | | | |
| STRUTTURA DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| POSIZIONE ALL’INTERNO DELLA STRUTTURA | | | | |  | | | | |
| *Dirigenza* | |  Medica | | | *Comparto* | |  Ruolo sanitario | | |
|  | |  Amministrativa | | |  | |  Ruolo amministrativo | | |
|  | |  Sanitaria non medica | | |  | |  Ruolo tecnico | | |
| TEMPO DI LAVORO | | | | | | | | |  |
| 1  Tempo pieno | | | | 4  Altro tempo parziale (percentuale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
| 2  Tempo parziale 83,33% | | | | 5  Domanda part time in attesa di risposta | | | | |  |
| 3  Tempo parziale 66,66% | | | |  | | | | |  |
|  | FA TURNI? \*\* | | | | |  | |  |  |
|  |  SI | |  3 turni   2 turni   turnazione 12 ore | | |  | |  |  |
|  |  NO | |  | | |  | |  |  |

\*\* I turni vanno indicati quando l’organizzazione del lavoro è strutturata in turni a prescindere dalla previsione contrattuale.

In caso di assenza dal lavoro al momento della presentazione della domanda andrà indicata la situazione lavorativa (orari, turni) prima dell’assenza.

Il profilo orario “spezzato” non è assimilabile alla turnazione.

“La corrispondenza dei turni autodichiarati nella domanda di iscrizione sarà verificata con l’”Ufficio Cartellini” della SSD Amministrazione del Personale.

REPERIBILITA’?

|  |  |
| --- | --- |
|  SI |  NO |

DISPONIBILITA’ AL RIENTRO A TEMPO PIENO O RINUNCIA AL PART-TIME CONCESSO, IN CASO DI AMMISSIONE AL NIDO, AD ESCLUSIONE DEL PART TIME A 66,66% o 83,33 %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  SI | |  NO | |  |  |  |  |
|  |  | 1. **SITUAZIONE LAVORATIVA DEL PARTNER**  * CON CONTRATTO DI LAVORO CON L’AZIENDA USL VALLE D’AOSTA  |  |  | | --- | --- | | Contratto | 1  tempo indeterminato | |  | 2  tempo determinato, data inizio contratto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | | *Tempo di lavoro* | 1  tempo pieno | |  | 2  part time | | | | | | | | |  |
|  |  | STRUTTURA DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  |
|  | POSIZIONE ALL’INTERNO DELLA STRUTTURA | | | | | | | | | |
| *Dirigenza* | | | |  Medica | | *Comparto* | |  Ruolo sanitario |  |  |
|  | | | |  Amministrativa | |  | |  Ruolo amministrativo |  |  |
|  | | | |  Sanitaria non medica | |  | |  Ruolo tecnico |  |  |

* DIVERSAMENTE OCCUPATO
* DIVERSAMENTE OCCUPATO IN PART TIME O STUDENTE/STUDENTESSA

1. **SITUAZIONE ANAGRAFICA** dei genitori (indipendentemente da vincoli di coniugio e/o convivenza)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RESIDENZA in Valle d’Aosta | Dalla nascita  (barrare con una X) | Residenza storica  (DAL gg/mm/aa AL gg/mm/aa) | A partire dal  (gg/mm/aa) |
| MADRE |  | DAL / / AL / / | / / |
| PADRE |  | DAL / / AL / / | / / |

1. **SITUAZIONI PARTICOLARI** (barrare la casella se ricorre il caso)

* Il minore per il quale si chiede l’inserimento ha gravi problemi sanitari o psicologici o di disabilità; [condizioni attestate dall’équipe socio sanitaria con apposita relazione entro i termini di scadenza di presentazione della domanda];
* Il minore per il quale si chiede l’inserimento appartiene a famiglie multiproblematiche (con carenze affettive, educative, culturali, economiche, abitative e/o maltrattamenti e trascuratezze gravi); [condizione attestata dall’équipe socio sanitaria con apposita relazione entro i termini di scadenza di presentazione della domanda];
* Il minore di cui si richiede l’inserimento ha un genitore/i in grave stato di inabilità psicofisica; [condizione attestata dall’équipe socio sanitaria con apposita relazione entro i termini di scadenza di presentazione della domanda];
* Il minore di cui si richiede l’inserimento è affidato a parenti o terze persone;
* N. \_\_\_\_\_\_ componenti, oltre il minore di cui si chiede l’inserimento, con disabilità permanente o invalidità superiore al 66%;
* N. \_\_\_\_\_\_ figli di età inferiore ai 12 anni e a carico, oltre al minore di cui si richiede l’inserimento;
* Il minore ha un/a fratello/sorella già inserito al nido aziendale;
* Assenza di una rete di sostegno familiare, cioè della collaborazione (anche occasionale o per emergenze) di persone diverse dai genitori nella cura dei/delle figli/figlie per i seguenti motivi: ……………………………………….......................................................................................................

……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………..

(esempi: distanza, malattia, assenza di familiari nella regione, situazioni lavorative dei nonni/ parenti, altro da esplicitare).

1. VACCINAZIONI

* Certificato di STATO VACCINALE

Si richiede la presentazione del certificato di stato vaccinale del minore, reso nelle forme previste dalla vigente normativa.

1. DSU (D.P.C.M. 159/2013) – ATTESTAZIONE ISEE

1 – Dichiara che il valore dell’attestazione ISEE, in corso di validità, indicato nella Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), è il seguente:

*(barrare la casella che interessa)*

*N.B.: ambedue i genitori, anche in caso di assenza di coniugio o convivenza, sono tenuti a dichiarare i dati per il calcolo del valore ISEE di riferimento, a meno che una sentenza non abbia stabilito di escludere uno dei genitori dalle spese di mantenimento del figlio. - Art. 13 del regolamento -*

* Attestazione ISEE del nucleo familiare (compresa di eventuale componente aggiuntiva)

€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* allega la DSU con la relativa attestazione ISEE;

OPPURE DICHIARA DI

* NON presentare la DSU con la relativa attestazione ISEE e di volere pagare la tariffa massima prevista dall’ente. (IN CASO DI ISEE SUPERIORE A EURO 60.000)

FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATTENZIONE

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 445/2000 articolo 38 comma 3, il sottoscrittore deve allegare alla presente domanda la fotocopia della propria CARTA D’IDENTITÀ oppure apporre la propria firma direttamente in presenza di una funzionaria dell’Azienda USL.

|  |
| --- |
| *Il/la sottoscritto/a dipendente dell’Azienda USL Valle d’Aosta attesta che il/la dichiarante, previa ammonizione sulla responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ha sottoscritto in mia presenza il modulo di richiesta iscrizione al servizio di asilo nido.*  *Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13** **REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

**ALLEGATA**