

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
AL SERVIZIO EDUCATIVO PER LA PRIMA INFANZIA  
“SEZIONE PRIMAVERA” o  
“PICCOLO GRUPPO EDUCATIVO” o “EDUCATRICE DOMICILIARE”**

**ANNO EDUCATIVO 2024/2025**

Io sottoscritto Cognome Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a SERRAMAZZONI

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDO L'AMMISSIONE AL SERVIZIO PRIMA INFANZIA**

- SEZIONE PRIMAVERA     Serramazzone     Riccò  
 PICCOLO GRUPPO EDUCATIVO o EDUCATRICE DOMICILIARE  
(esprimere eventuale preferenza)

per il **BAMBINO/A**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a SERRAMAZZONI

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome Madre \_\_\_\_\_

Cognome e Nome Padre \_\_\_\_\_

Tel. 1 \_\_\_\_\_ Tel. 2 \_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_

**NECESSITA' ORARIA**

Il bambino è interessato a frequentare il servizio dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**DISPONIBILITA' ALLA FREQUENZA**

Il bambino è interessato a frequentare il servizio dal mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_

## II SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

1. Il Bambino è portatore di handicap? Si (                      No (

2. Il Bambino è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie? Si (                      No (

(In caso di domanda presentata successivamente al 04/03/2024, la stessa dovrà essere accompagnata da copia del certificato vaccinale.)

3. I genitori sono entrambi presenti all'interno del Nucleo familiare? Si (                      No (

- In caso di risposta negativa specificare il motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Fratelli/Sorelle

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

- Esistono conviventi nel nucleo familiare? Si (                      No (

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_

- Vi sono componenti nel nucleo familiare con invalidità pari o superiori al 66%

(specificare chi e allegare certificazione) \_\_\_\_\_

5. La domanda di iscrizione è per gemelli? Si (                      No (

6. E' in corso una nuova gravidanza? Si (                      No (

### III LAVORO DEI GENITORI

#### PADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

7. **E' lavoratore a tempo indeterminato o determinato con contratto superiore a 12 mesi?** Sì (                      No (

Indirizzo/Comune del luogo di lavoro e denominazione della Ditta \_\_\_\_\_

Professione/Tipo di lavoro \_\_\_\_\_

8. **E' lavoratore saltuario o a tempo determinato con contratto inferiore a 12 mesi?** Sì (                      No (

Indirizzo/Comune del luogo di lavoro e denominazione della Ditta \_\_\_\_\_

Professione/Tipo di lavoro \_\_\_\_\_

9. **E' lavoratore/studente?** Sì (                      No (  
(regolarmente iscritto all'anno scolastico in corso)

10. **Rientra in uno dei seguenti monte ore settimanali?**

- Superiore a 30 ore (
- Tra le 20 e le 30 ore (
- Inferiore a 20 ore (

11. **E' assente dalla famiglia 24 ore giornaliere per lavoro?**  
Per tutta la settimana? Sì (                      No (  
A settimane alterne? Sì (                      No (

12. **E' pendolare?**  
(lavoratore con sede fissa a **più di 15 km** dall'abitazione) Sì (                      No (

13. **E' turnista con impegno notturno?** Sì (                      No (

14. **E' lavoratore senza sede fissa?** Sì (                      No (  
(rappresentanti, agenti di commercio, altro)

15. **E' disoccupato?** Sì (                      No (  
(in possesso di documentazione con vidimazione del semestre precedente)

16. **E' studente?** Sì (                      No (

17. **E' casalingo/non occupato?** Sì (                      No (

## MADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

**18. E' lavoratrice a tempo indeterminato o determinato con contratto superiore a 12 mesi?** Sì (                      No (

Indirizzo/Comune del luogo di lavoro e denominazione della Ditta \_\_\_\_\_

Professione/Tipo di lavoro \_\_\_\_\_

**19. E' lavoratrice saltuaria o a tempo determinato con contratto inferiore a 12 mesi?** Sì (                      No (

Indirizzo/Comune del luogo di lavoro e denominazione della Ditta \_\_\_\_\_

Professione/Tipo di lavoro \_\_\_\_\_

**20. E' lavoratrice/studente?** Sì (                      No (   
(regolarmente iscritto all'anno scolastico in corso)

**Rientra in uno dei seguenti monte ore settimanali?**

- Superiore a 30 ore (
- Tra le 20 e le 30 ore (
- Inferiore a 20 ore (

**21. E' assente dalla famiglia 24 ore giornaliere per lavoro?** Sì (                      No (   
Per tutta la settimana?                      Sì (                      No (   
A settimane alterne?                      Sì (                      No (

**22. E' pendolare?** Sì (                      No (   
(lavoratore con sede fissa a **più di 15 km** dall'abitazione)

**23. E' turnista con impegno notturno?** Sì (                      No (

**24. E' lavoratrice senza sede fissa?** Sì (                      No (   
(rappresentanti, agenti di commercio, altro)

**25. E' disoccupata?** Sì (                      No (   
(in possesso di documentazione con vidimazione del semestre precedente)

**26. E' studente?** Sì (                      No (

**27. E' casalinga/non occupata?** Sì (                      No (

## IV NONNI

**28. Nonno Paterno** Età \_\_\_\_\_

lavoratore (      casalingo o pensionato (      deceduto (

**Dati Nonno paterno**

Nome Nonno \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Denominazione e sede di lavoro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**29. Nonna paterna** Età \_\_\_\_\_

Lavoratrice (      casalinga o pensionata (      deceduta (

**Dati Nonna paterna**

Nome Nonna \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Denominazione e sede di lavoro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**30. Nonno Materno** Età \_\_\_\_\_

lavoratore (      casalingo o pensionato (      deceduto (

**Dati Nonno materno**

Nome Nonno \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Denominazione e sede di lavoro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31. Nonna materna** Età \_\_\_\_\_

lavoratrice (      casalinga o pensionata (      deceduta (

**Dati Nonna materna**

Nome Nonna \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Denominazione e sede di lavoro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto DICHIARA di essere a conoscenza che l'inosservanza degli obblighi previsti in materia vaccinale (Legge n°119/2017) determina l'esclusione dal servizio.**

Data

Firma del genitore  
(o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

.....

.....

**Accertamenti**

Ai sensi dell'art. 71 comma 1 del DPR N. 445/2000 e ss.mm.ii., l'Amministrazione Comunale effettuerà accurati controlli sia a campione sia in tutti i casi in cui vi siano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente in autocertificazione. A tal fine le famiglie richiedenti l'ammissione ai servizi alla prima Infanzia dovranno produrre tutta la documentazione che sarà richiesta. L'Amministrazione Comunale potrà svolgere tutte le indagini che riterrà opportune sulla situazione familiare, reddituale e patrimoniale delle famiglie richiedenti l'ammissione ai servizi sia confrontando dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze, sia attraverso gli archivi INPS, sia attraverso il coinvolgimento della Guardia di Finanza. Trattandosi di dati forniti in autocertificazione, gli stessi potranno essere oggetto di verifica presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari e le famiglie richiedenti saranno tenute a fornire su richiesta il codice identificativo degli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio.

**Sanzioni**

*Sanzioni Amministrative:*

Qualora le famiglie richiedenti l'ammissione ai servizi alla Prima Infanzia presentino dichiarazioni non veritiere o non venga esibita la documentazione richiesta nell'ambito dei controlli previsti decadranno dai benefici conseguenti al provvedimento emanato e verranno collocati in calce alla graduatoria di ammissione.

*Sanzioni penali:*

Nel caso di dichiarazioni non veritiere, l'Amministrazione Comunale segnalerà il fatto all'Autorità Giudiziaria affinché rilevi l'eventuale sussistenza dei seguenti reati: falsità materiale, ovvero formazione di atto falso, o alterazione di atto vero (art. 482 c.p.); falsità ideologica commessa da privato in atto pubblico (art. 483 c.p.); uso di atto falso (art. 489 c.p.); falsa attestazione ad un pubblico ufficiale sulla identità e sulle qualità personali proprie o altrui (art. 495 c.p.); truffa ai danni dello Stato o ad altro Ente Pubblico (artt 640 e 640 bis c.p.).

**DICHIARO INOLTRE**

di essere informato di quanto segue: "Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, di seguito GDPR, il Comune di Serramazzoni in qualità di Titolare del trattamento, è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari (art. 9 GDPR) per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali per le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo e-mail [ufficio.segreteria@comune.serramazzoni.mo.it](mailto:ufficio.segreteria@comune.serramazzoni.mo.it). Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è la Società LEPIDA S.p.A. disponibile scrivendo a ([dpo-team@lepida.it](mailto:dpo-team@lepida.it)).

Data

Firma del genitore  
(o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

.....

.....



## GRIGLIA PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA D'ACCESSO AL SERVIZIO

PUNTEGGIO SERVIZI EDUCATIVI DOMICILIARI			punteggio			
<b>SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE</b>		bambino con handicap	max			
		<b>assenza di un genitore dal nucleo</b> (escluso il caso in cui il nucleo sia di fatto ricostruito)	35			
	n.figli <b>da 0 a 6 anni</b> escluso richiedente servizio		1 figlio	5		
			2 figli	7		
			3 figli	10		
			4 o più figli	15		
	n.figli <b>da 7 a 13 anni</b>		1 figlio	2		
			2 figli	5		
			3 figli	8		
			4 o più figli	11		
	domanda per gemelli		2 gemelli	5		
			se i gemelli sono + di due	15		
			nuova gravidanza in corso	5		
	familiari conviventi con invalidità certificata superiore ai 2/3		genitore (del bambino )	10		
		altro familiare	5			
<b>LAVORO DEI GENITORI</b>	<b>occupazione</b>	genitore occupato a tempo indeterminato o a tempo determinato con contratto di durata superiore all'anno	13			
		genitore occupato a tempo determinato con contratto di durata inferiore all'anno	10			
		studente in corso regolare di studio	18			
		disoccupato/a	7			
		non occupato/a	1			
	<b>punteggio aggiuntivo al genitore lavoratore</b>		lavoratore studente	3		
			orario di lavoro superiore a 30 ore settimanali	12		
			orario di lavoro compreso tra 20 e 30 ore settimanali	8		
			orario di lavoro inferiore a 20 ore settimanali	6		
			assenza continuativa per lavoro per tutta la settimana	5		
			assenza continuativa per lavoro a settimane alterne	2,5		
			pendolare (sede di lavoro a più di 15 Km. dall'abitazione)	3		
			turnista con impegno notturno	2		
		lavoratore senza sede fissa	2			
<b>NONNI</b>		nonni non residenti a Serramazzoni o deceduti od occupati o di età superiore a 70 anni o con invalidità certificata superiore ai 2/3	2 ciascuno			
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>						
<b>N.B.: a parità di punteggio, sarà data la priorità al bambino più anziano d'età.</b>						