



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Policlinico

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO " Pozzo" A. S. 2010/2011

POSTI RISERVATI Policlinico

Sezione MEDI

Il/La sottoscritto/a _____

Dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena – Policlinico presso:

con qualifica _____

tel. lavoro _____

CHIEDE

l'ammissione al nido

• A TEMPO PIENO

• A PART-TIME

(barrare la casella che interessa)

per il/la bambino/a _____

nato/a _____ **il** _____

residente a _____ **CAP** _____

in via _____ **n.** _____

solo per chi è domiciliato a Modena e residente in altro Comune (compilare domicilio):

domiciliato a _____ in via _____

tel. abitazione _____

altro recapito telefonico _____

indirizzo e-mail per comunicazioni _____

Inesattezze nell'indirizzo e nel recapito telefonico possono comportare difficoltà di comunicazione, con conseguente rischio di esclusione dalla graduatoria.

A tal fine dichiara che la sua situazione familiare è la seguente:

	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Titolo di Studio	Professione
Padre					
Madre					
Figlio da iscrivere					
Altro figlio					
Altro figlio					
Altro figlio					
Altro figlio					

I dati relativi al nucleo familiare vanno compilati per ciascun componente la famiglia. Nel caso di figli minori senza titoli di studio e/o non lavoratori, si lascia la casella in bianco. In caso di disoccupazione si indica: non occupato/a.

DATI SULLA FAMIGLIA

1- Il punteggio relativo al numero dei figli è attribuito dall'ufficio, in base a quanto dichiarato nella tabella del nucleo familiare.

2- padre, madre, fratello o sorella del bambino/a per il quale si fa domanda, invalidi:

da 33 a 45% _____

da 46 a 67% _____

oltre il 67% _____

pari al 100% _____ (non compilare se trattasi di genitori. Vedi punto 4)

scrivere il numero degli eventuali familiari con invalidità (es: 1, 2 o 3...).

3- Parenti entro il 3° grado (nonni, bisnonni e zii riferiti al bambino) completamente impediti fisicamente (invalidità oltre i 2/3) purché conviventi e non ospiti di struttura protetta: indicare il numero dei soggetti (con cognome e nome e relazione di parentela) che si trovano in tale condizione. Se un nonno/a è considerato in questa voce non va compilata la tabella dell'affidabilità che gli si riferisce.

oltre il 67% _____ Cognome _____ Nome _____
Rapporto di Parentela _____

pari al 100% _____ Cognome _____ Nome _____
Rapporto di Parentela _____

N.B. L'invalidità deve essere ufficialmente riconosciuta. Non è sufficiente la sola documentazione sanitaria o la richiesta di invalidità

4. Assenza dal nucleo familiare di 1 genitore:

- Separazione o divorzio
- Morte o invalidità 100%
- Mancato riconoscimento

5- Domande per gemelli

6- Entrambi i genitori dipendenti

LAVORO DEI GENITORI

GENITORE NON DIPENDENTE DEL POLICLINICO

Nome e Cognome: _____

Denominazione ditta di lavoro: _____

Luogo della sede di lavoro (Comune) _____

Recapito Telefonico: _____

DISOCCUPATO

LAVORATORE DIPENDENTE

LAVORATORE AUTONOMO

- Tempo pieno
- Part- time
- Assenza continuativa per attività lavorativa

GENITORE DIPENDENTE DEL POLICLINICO CHE FIRMA LA DOMANDA

7 Lavoratore Studente:

8 Orario settimanale di lavoro da contratto: numero ore _____

9 Pendolarità: indicare la distanza tra il Comune di residenza/domicilio ed il Comune del luogo di lavoro numero Km _____ (il numero dei km fa riferimento al percorso di solo andata)

Non si considera pendolarità il percorso effettuato all'interno dello stesso Comune.

10 Lavoratori con impegno notturno :

SE ENTRAMBI I GENITORI SONO DIPENDENTI DELL'AZIENDA COMPILARE ANCHE LA PARTE SUCCESSIVA, (ALTRIMENTI LASCIARE IN BIANCO)

ALTRO GENITORE DIPENDENTE DEL POLICLINICO

Nome e Cognome.....

Reparto/ufficio.....

Telefono lavoro.....

Altro telefono.....

7 BIS- Lavoratore Studente:

8 BIS- Orario settimanale di lavoro da contratto: numero ore _____

9 BIS Pendolarità: indicare la distanza tra il Comune di residenza/domicilio ed il Comune del luogo di lavoro numero Km _____ (il numero dei km fa riferimento al percorso di solo andata)

Non si considera pendolarità il percorso effettuato all'interno dello stesso Comune.

10 BIS- Lavoratori con impegno notturno :

AFFIDABILITA' DEI NONNI

AFFIDABILITÀ DEL NONNO PATERNO:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Comune di Residenza _____

11 - Condizione di impossibilità ad affidare :

- a) occupato a tempo pieno
- b) residenza oltre i 20 Km
- c) anzianità oltre i 70 anni
- d) completamente impedito fisicamente (inv. sup.2/3) ospite di struttura per anziani
o non convivente
- e) deceduto

12 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare :

- a) occupato a part-time
- b) residenza da 11 a 20 Km

- c) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente
-

AFFIDABILITÀ DELLA NONNA PATERNA:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

13 - Condizione di impossibilità ad affidare :

- f) occupato a tempo pieno
- g) residenza oltre i 20 Km
- h) anzianità oltre i 70 anni
- i) completamente impedito fisicamente (inv.sup.2/3) ospite di struttura per anziani
o non convivente
- j) deceduto
-

14 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare :

- a) occupato a part-time
- d) residenza da 11 a 20 Km
- e) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente
-

AFFIDABILITÀ DEL NONNO MATERNO:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

15 - Condizione di impossibilità ad affidare :

- k) occupato a tempo pieno
- l) residenza oltre i 20 Km
- m) anzianità oltre i 70 anni
- n) completamente impedito fisicamente (inv. sup.2/3) ospite di struttura per anziani
o non convivente
- o) deceduto
-

16 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare :

- a) occupato a part-time
- f) residenza da 11 a 20 Km
- g) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente
-

AFFIDABILITÀ DELLA NONNA MATERNA:

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Comune di Residenza** _____

17 - Condizione di impossibilità ad affidare :

- p) occupato a tempo pieno
- q) residenza oltre i 20 Km
- r) anzianità oltre i 70 anni
- s) completamente impedito fisicamente (inv.sup.2/3) ospite di struttura per anziani
o non convivente
- t) deceduto
-

18 - Condizione di estrema difficoltà ad affidare :

- a) occupato a part-time
- h) residenza da 11 a 20 Km
- i) anzianità oltre i 65 anni
- d) accudisce coniuge o parente convivente con invalidità superiore a 2/3
- e) accudisce coniuge o convivente ultraottantenne
- f) accudisce genitore ultraottantenne non convivente
-

NOTE

- Il 71°, 66° anno di età, deve essere compiuto nell' anno solare di emissione del bando.
- Per ogni nonno si deve considerare un solo punteggio, cioè quello relativo alla condizione di maggior disagio.

SI INVITA A PORRE LA MASSIMA ATTENZIONE NELLA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E SI PRECISA CHE PER I PUNTI NON COMPILATI NON VERRÀ ASSEGNATO ALCUN PUNTEGGIO.

ATTENZIONE: NEL CASO VENGANO SEGNATE CONDIZIONI INCOMPATIBILI TRA DI LORO SARA' ASSEGNATA UNA SOLA CONDIZIONE (LA PIU' FAVOREVOLE).

Dalla data di pubblicazione della graduatoria, l'utente ammesso si considera assegnatario del posto; nel caso decidesse di rinunciare potrà farlo entro dieci giorni.

La retta mensile sarà comunicata a seguito della pubblicazione della graduatoria.

Ricorso, a seguito del punteggio ottenuto, potrà essere presentato entro 10 giorni dalla pubblicazione della graduatoria.

Il richiedente si impegna, in caso di ammissione, a:

1. Corrispondere la retta prevista entro il mese successivo a quello di frequenza (tariffa intera per frequenze superiori a 5 giorni, tariffa dimezzata per frequenze fino a 5 giorni,).

Per il primo mese di frequenza al Nido non vale la regola sopraccitata e la retta sarà determinata in base alla data di ammissione stabilita d'ufficio.

Corrispondere, in caso di ritardato pagamento, le spese sostenute per le procedure di sollecito e di recupero.

2. Presentare, in caso di rinuncia (al servizio o al prolungamento d'orario) dichiarazione scritta **entro il 25° giorno di ogni mese** per evitare l'addebito della semiretta del mese successivo.

Eventuali variazioni delle condizioni dichiarate in domanda dovranno essere segnalate al fine della correttezza del punteggio assegnato, entro il termine finale stabilito per i ricorsi.

Note: _____

Modena lì _____

Il richiedente _____