

**COMUNE DI CAMPARADA**  
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DA CONSEGNARE IN COMUNE DAL 9 LUGLIO 2018 AL 15 SETTEMBRE 2018

**ASILO NIDO**  
**DOMANDA DI CONTRIBUTO**  
**A.S. 2018/2019**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in Camparada in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'erogazione di un contributo finalizzato alla fruizione del servizio asilo nido da parte del proprio/a  
figlio/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE INOLTRE**

che il contributo venga

accreditato sul conto corrente n. \_\_\_\_\_ presso l'istituto  
\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

intestato a (il soggetto richiedente deve essere titolare del conto )

IBAN \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste dall'art 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

**SCELTA DEL NIDO**

Nido (specificare nome e indirizzo) \_\_\_\_\_

part-time

tempo pieno

**COMUNE DI CAMPARADA**  
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DA CONSEGNARE IN COMUNE DAL 9 LUGLIO 2018 AL 15 SETTEMBRE 2018

retta mensile da pagare \_\_\_\_\_

data dalla quale il bambino frequenta il nido \_\_\_\_\_  
(N.B. il contributo verrà riconosciuto solo nella fascia d'età compresa tra i 9 mesi ed i 3 anni del bambino)

dalla fino alla quale il bambino presumibilmente frequenterà il nido \_\_\_\_\_

<b>SITUAZIONE DEL BAMBINO</b>
-------------------------------

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

bambino con handicap (legge 104/92)     si                                     no

<b>COMPOSIZIONE E SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE</b>
---

I genitori sono entrambi presenti nel nucleo familiare?     si                                     no

In caso di risposta negativa specificare esattamente la situazione \_\_\_\_\_

---

---

---

fratelli e sorelle                                     si                                     no

anno di nascita	nido/scuola/lavoro/altro		presso
_____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	_____
_____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	_____
_____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	_____

altri conviventi                                     si                                     no

cognome e nome	età	professione	grado parentela col bimbo
----------------	-----	-------------	---------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**COMUNE DI CAMPARADA**  
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DA CONSEGNARE IN COMUNE DAL 9 LUGLIO 2018 AL 15 SETTEMBRE 2018

**MADRE**

**PADRE**

\_\_\_\_\_

cognome e nome

\_\_\_\_\_

cognome e nome

\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

invalidità riconosciuta  no  
 sì

invalidità riconosciuta  no  
 sì

\_\_\_\_\_

se sì, indicare grado di invalidità e allegare certificazione

\_\_\_\_\_

se sì, indicare grado di invalidità e allegare certificazione

madre in gravidanza  sì  no

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- lavoratrice dipendente
- lavoratrice autonoma
- pensionata o inabile
- stagionale o precaria
- studentessa
- disoccupata
- altro \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE PROFESSIONALE**

- lavoratore dipendente
- lavoratore autonomo
- pensionato o inabile
- stagionale o precario
- studente
- disoccupato
- altro \_\_\_\_\_

**SE STUDENTESSA**

\_\_\_\_\_

scuola/università

\_\_\_\_\_

scuola/università

\_\_\_\_\_

sede

\_\_\_\_\_

sede

\_\_\_\_\_

durata del corso

\_\_\_\_\_

durata del corso

**SE LAVORATRICE DIPENDENTE**

\_\_\_\_\_

qualifica professionale

**SE LAVORATORE DIPENDENTE**

\_\_\_\_\_

qualifica professionale

\_\_\_\_\_

ditta

\_\_\_\_\_

ditta

\_\_\_\_\_

sede di lavoro

\_\_\_\_\_

sede di lavoro

\_\_\_\_\_

data assunzione \_\_\_\_\_ data fine se assunta a termine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data assunzione \_\_\_\_\_ data fine se assunto a termine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_  
totale ore lavorate settimanali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_  
totale ore lavorate settimanali \_\_\_\_\_

**COMUNE DI CAMPARADA**  
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DA CONSEGNARE IN COMUNE DAL 9 LUGLIO 2018 AL 15 SETTEMBRE 2018  
SE LAVORATRICE AUTONOMA SE LAVORATORE AUTONOMO

professione

professione

ramo attività

ramo attività

sede di lavoro

sede di lavoro

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_

totale ore lavorate settimanali \_\_\_\_\_

totale ore lavorate settimanali \_\_\_\_\_

**FORME DI CONTRATTI ATIPICI**

**FORME DI CONTRATTI ATIPICI**

nome azienda/ente con cui è stato fatto contratto

nome azienda/ente con cui è stato fatto contratto

data inizio e fine contratto

data inizio e fine contratto

sede di lavoro

sede di lavoro

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_

giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_

totale ore lavorate settimanali \_\_\_\_\_

totale ore lavorate settimanali \_\_\_\_\_

**COMUNE DI CAMPARADA**  
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DA CONSEGNARE IN COMUNE DAL 9 LUGLIO 2018 AL 15 SETTEMBRE 2018

ULTERIORI INFORMAZIONI SU CONDIZIONI, ESIGENZE O PROBLEMI CHE RITIENE OPPORTUNO SEGNALARE

---

---

---

---

---

---

---

ALLEGATI :

- ISEE
- ricevute di pagamento delle rette
- altro (specificare : es. certificato di invalidità, legge 104/92, ecc.) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DLGS 196/2003**

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il Comune di Camparada , titolare del trattamento dei dati, La informa che tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 della norma indicata La informiamo che i dati da Lei forniti saranno trattati nel rispetto delle norme di legge, per le finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali.

Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali e informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il responsabile del trattamento dei dati è il funzionario responsabile dei Servizi alla Persona , al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti previsti all'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Il consenso al trattamento dei dati non viene richiesto ai sensi dell'art. 4 n. 196/2003

Camparada, lì \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante

\_\_\_\_\_

Firma apposta alla presenza del funzionario

Firma funzionario \_\_\_\_\_

Allegata carta di identità

**COMUNE DI CAMPARADA**  
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA

DA CONSEGNARE IN COMUNE DAL 9 LUGLIO 2018 AL 15 SETTEMBRE 2018

<b>SITUAZIONE LAVORATIVA PER CIASCUN GENITORE</b>
---

- **Lavoratore autonomo/dipendente o assimilato**

con orario di lavoro superiore o uguale a 36 h/sett ..... punti 3

con orario di lavoro compreso tra 20 e 35 h/sett ..... punti 2

con orario di lavoro inferiore a 20 h/sett ..... punti 1

- **lavoratore occasionale** ..... punti 1

- **lavoratore stagionale** ..... punti 1

- **studente** ..... punti 1

- **disoccupato** ..... punti 1

<b>BISOGNO SOCIALE</b>
------------------------

- **Nucleo familiare incompleto/ assenza di un genitore per separazione, decesso, donna nubile** ..... punti 6

- **Nucleo familiare a rischio su proposta dei competenti servizi comunali** .... punti 8

- **Presenza di altri bambini oltre i 3 anni** ..... punti 1

- **Altri figli frequentanti asilo nido** ..... punti 2

- **Madre in gravidanza** ..... punti 3

- **Bambino portatore di handicap (legge 104/92)** ..... punti 6

- **Invalidità di un genitore** ..... punti 6

<b>SITUAZIONE ISEE</b>
------------------------

Fascia 1 ..... punti 8

Fascia 2 ..... punti 6

Fascia 3 ..... punti 4

Fascia 4 ..... punti 2