

Allegato A – DA COMPILARE PER LA FORMAZIONE GRADUATORIA POSTI (CONVENZIONE E NON)

Nome Bambino/a _____ Data nascita _____

ALLA COMPILAZIONE

1. Hanno diritto di precedenza nell'ammissione al Nido **i minori portatori di handicap** regolarmente certificati. L'opportunità e le modalità di un sostegno educativo/assistenziale verranno concordate con i referenti della neuropsichiatria infantile, con il coordinatore pedagogico e con il Comune di Marano s/P.
2. Qualora la domanda venga **effettuata dopo la scadenza** dei termini fissati per l'iscrizione, il bambino disabile nella graduatoria sarà il primo dei non ammessi e precederà tutti i bambini inseriti in lista d'attesa.
3. Qualora la domanda, o la certificazione della **condizione di disagio sociale o la segnalazione** dei Servizi Sanitari, avvenga dopo la scadenza dei termini fissati per l'iscrizione, nella graduatoria il bambino in condizione di disagio sociale o segnalato dai Servizi Sanitari, sarà il primo dei non ammessi e precederà tutti i bambini inseriti in lista d'attesa.
4. Per **tutti i criteri di cui ai punti 2, 3 dovrà essere prodotta certificazione secondo i modelli allegati .**
5. **Ulteriori certificazioni** quali ad esempio lo stato di famiglia, il certificato di residenza, i certificati L.104, la documentazione relativa ai nonni o altre casistiche che danno diritto al punteggio di cui ai punti 2 e 3, 4, 5, potranno essere richieste in fase di predisposizione della graduatoria per verificare la corretta assegnazione del punteggio o in caso di situazioni di parità.
6. Per i **fratelli/sorelle** e i **nonni** il limite di età indicato deve essere raggiunto nell'anno solare di riferimento dell'iscrizione
7. In caso di ulteriore parità di punteggio quale criterio suppletivo secondario si valuterà la **situazione ISEE 2025**: la precedenza sarà assegnata al nucleo con attestazione ISEE inferiore.
8. Tutte le certificazioni sono riferite al momento della presentazione della domanda.

Le domande presentate **tardivamente** (oltre la scadenza indicata) concorreranno alla formazione di una **LISTA d'ATTESA** secondo l'ordine di arrivo delle domande.

| CRITERI di PRECEDENZA (P) | X | PUNTI | TOT. |
|--|---|-----------------------|------|
| PRIORITA' DI AMMISSIONE | | | |
| Bambino residente a Marano con certificazione di portatore di handicap (vedi nota 1 e 2) | | Prec. A | |
| Bambino/a residente a Marano, che compie dai 9 ai 12 mesi tra settembre e dicembre dell'anno educativo in cui inizia la frequenza. | | Prec. B | |
| Bambino/a residente a Marano di età da 12 a 36 mesi | | Prec. C | |
| Bambini residenti nel territorio dell'Unione di cui almeno un genitore ha attività lavorativa a Marano. | | Prec. D | |
| Bambino/a residente nel territorio dell'Unione | | Prec. E | |
| Bambino non residente nel territorio dell'Unione, con almeno un genitore che svolge attività lavorativa in un Comune dell'Unione | | Prec.F | |
| Per i posti ad accesso privato – precedenza definita dalla struttura <i>(compilazione di competenza dell'ente gestore)</i> | | Prec.G | |
| 2. SITUAZIONE FAMILIARE | | | |
| PRESENZA DI UNA SOLA FIGURA GENITORIALE: - Vedovanza, detenzione, riconoscimento da parte di un solo genitore, decadenza della capacità genitoriale, altre situazioni di assenza totale certificate. - Allontanamento dal nucleo familiare di un genitore a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria. - Affidamento esclusivo in seguito a separazione/divorzio | | 12 10 8 | |
| VALUTAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI -SEGNALAZIONE DEI SERVIZI SANITARI | | 8 | |
| FRATELLI E SORELLE CONVIVENTI Da 0 a 5 anni per ciascun minore (fino ad un max di 4) N. _____ Da 6 a 10 anni per ciascun minore (fino ad un max di 4) N. _____ Da 11 a 17 anni per ciascun minore (fino ad un max di 4) N. _____ | | 1,5 1 0,5 | |
| PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO DEL BAMBINO Ddi un COMPONENTE CHE NECESSITA di CONTINUA ASSISTENZA, con certificazione di cui alla L. 104/92, art.3, comma 3 | | 8 | |

| 3. SITUAZIONE LAVORATIVA dei genitori (il punteggio va calcolato e attribuito a ciascun genitore, nei casi di cui al 2A viene moltiplicato per 2) – apporre una X | | | | |
|--|-------|-------|-------|------|
| GENITORI | PUNTI | MADRE | PADRE | TOT. |
| Lavoratore autonomo, libera professionista, imprenditore | 6 | | | |
| Genitore inabile al lavoro per invalidità superiore al 66,6% | 6 | | | |
| Dipendente con orario settimanale non inferiore a 36 ore | 6 | | | |
| Dipendente con orario settimanale tra le 35 e le 25 ore (rientrano insegnanti statali infanzia, primaria, secondarie) | 5 | | | |
| Dipendente con orario settimanale inferiore alle 25 ore | 4,5 | | | |
| Altre collaborazioni lavorative non dipendenti (certificate) | 4 | | | |
| Studenti (con documentazione della condizione) | 3 | | | |
| Genitore non lavoratore, iscritto al centro per l'impiego o ad altra agenzia del lavoro, in cassa integrazione, in mobilità | 3 | | | |
| Disoccupato non iscritto | 2 | | | |
| ALTRE CONDIZIONI DI LAVORO | | | | |
| Assenza per lavoro con pernottamento notturno Per non meno di 6 mesi complessivi in un anno e con un'assenza di minimo 15 giorni consecutivi | 6 | | | |
| Assenza per lavoro con pernottamento notturno Per non meno di 4 giorni alla settimana per un periodo complessivo di almeno 6 mesi | 3 | | | |
| Pendolare: sede lavorativa principale oltre 20 km dalla residenza | 2 | | | |
| TOTALE PUNTEGGIO | | | | |

4 - CRITERI SUPPLETTIVI

In caso di parità di punteggio di cui ai punti precedenti, per definire la precedenza si valuterà, quale criterio suppletivo principale, la presenza o meno di una rete familiare (nonni) e la possibilità di farvi affidamento (per ogni nonno si deve considerare solo il punteggio relativo alla condizione più favorevole).

| NONNA MATERNI | PUNTI | NONNO | NONNA | TOT |
|--|-------|-------|-------|-----|
| condizioni di impossibilità ad affidare il minore perché: <ul style="list-style-type: none">• Deceduto• oltre 75 anni di età,• residenza oltre 30 Km.• invalidità certificata oltre i 2/3 (66,66%)• occupato regolarmente a tempo pieno | 3 | | | |
| Condizioni di estrema difficoltà ad affidare il minore perché: <ul style="list-style-type: none">• Oltre 70 anni d'età• Residenza tra i 20 e i 30 km• Occupato regolarmente part-time• Invalidità certificata da 33,33% a 66,66%• Accudente un convivente con invalidità superiore a 66,66% | 2 | | | |
| Condizione di difficoltà ad affidare il minore perché: <ul style="list-style-type: none">• oltre 65 anni• residenza tra i 10 e i 20 km | 1 | | | |
| NONNA PATERNI | PUNTI | NONNO | NONNA | TOT |
| condizioni di impossibilità ad affidare il minore perché: <ul style="list-style-type: none">• Deceduto• oltre 75 anni di età,• residenza oltre 30 Km.• invalidità certificata oltre i 2/3 (66,66%)• occupato regolarmente a tempo pieno | | | | |
| Condizioni di estrema difficoltà ad affidare il minore perché: <ul style="list-style-type: none">• Oltre 70 anni d'età• Residenza tra i 20 e i 30 km• Occupato regolarmente part-time• Invalidità certificata da 33,33% a 66,66% Accudente un convivente con invalidità superiore a 66,66% | | | | |
| Condizione di difficoltà ad affidare il minore perché: <ul style="list-style-type: none">• oltre 65 anni residenza tra i 10 e i 20 km | | | | |
| TOTALE PUNTEGGIO SUPPLETTIVO 2 | | | | |

5. CRITERIO SUPPLETTIVO SECONDARIO - ISEE (vedi nota)

Si procederà a richiedere solo in caso di ulteriore parità

ALLEGATO B – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA E DELLA COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA ANAGRAFICA (Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____ con residenza nel Comune di _____ Via _____ genitore del minore

Consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni stabilite dalla legge nei confronti di chi dichiara il falso nelle dichiarazioni sostitutive di certificazione, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che il minore _____ è residente nel Comune di _____ Via _____ n. ____ ;

che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone (indicare altro genitore, fratelli e sorelle, eventuali altri componenti

| NOME E COGNOME | CODICE FISCALE | DATA e LUOGO NASCITA | PARENTELA |
|----------------|----------------|----------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Altre informazioni da dichiarare

Alla presente dichiarazione viene allegata copia fotostatica di un documento d'identità o di riconoscimento del dichiarante.

Dichiarazione esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art.37 T.U. n. 445/2000

Marano s/P, lì _____

Il/La Dichiarante

ALLEGATO C – DICHIARAZIONE ORARIO DI LAVORO PER LAVORATORE DIPENDENTE

(DA COMPILARE A CURA DEL DATORE DI LAVORO SU CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA O CON TIMBRO - FOTOCOPIARE IL MODULO IN CASO DI UTILIZZO DA PARTE DI ENTRAMBI I GENITORI)

LA DITTA (specificare dati completi e telefono)

ATTESTA

che il Sig/la Sig.ra _____ è :

- Dipendente a tempo indeterminato presso questa ditta
- Dipendente a tempo determinato presso codesta ditta dal _____ fino al _____
- Altro (specificare tipologia secondo le vigenti forme contrattuali)

con orario contrattuale di n. _____ ore settimanali

MATTINA: DALLE _____ ALLE _____

POMERIGGIO: DALLE _____ ALLE _____

DAL GIORNO _____ AL _____

IN ALTERNATIVA INDICARE LA DIVERSA ARTICOLAZIONE ORARIA CONTRATTUALE

Inoltre dichiara che (*barrare solo se sussiste la condizione*):

- Le mansioni del lavoratore possono comportare periodi di assenza per lavoro, con pernottamento notturno fuori residenza, per non meno di 6 mesi complessivi in un anno
- Le mansioni del lavoratore possono comportare periodi di assenza dal luogo di residenza per non meno di 4 giorni alla settimana per un periodo complessivo di almeno 63 giorni alla settimana.

LUOGO E DATA _____

FIRMA E TIMBRO DELLA DITTA

MODULO D - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____, in qualità di
titolare/legale rappresentante della ditta/Impresa _____ con
sede in _____ Via _____ Partita Iva n.

AUTOCERTIFICA

Sotto la propria responsabilità:

- di essere lavoratore autonomo iscritto alla C.C.I.A.A. di _____ al
n. _____
- di essere libero professionista iscritto a _____
- altro _____

Marano sul Panaro, lì _____

In fede

Timbro Aziendale

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante.