



DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASILO NIDO "Pozzo" A. S. 2022/2023

n. 4 POSTI RISERVATI ai figli di dipendenti AOU/AUSL Modena

Bando protocollo n. 0011341/22 del 14/4/2022

Sezione MEDI   
Sezione GRANDI   
(Barrare la casella di interesse)

**Il/La sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_

**(Scrivere in stampatello e leggibile)**

**Dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena**

**Dipendente dell'AUSL di Modena**

**qualifica** \_\_\_\_\_

(Specificare tempo determinato/indeterminato/contratto/altro)

tel. lavoro \_\_\_\_\_ - luogo lavoro \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione al nido A TEMPO PIENO Se interessa il part-time barrare la casella

**per il/la bambino/a** \_\_\_\_\_

**codice fiscale** \_\_\_\_\_

**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.**

Il/La sottoscritto/a i in ottemperanza a quanto disposto dalla L. 119/2017 e dalla L.R. 19/2016 dichiara:

- o **che il proprio bambino/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie, secondo il calendario vaccinale stabilito in base all'età;**
- o che il proprio bambino/a si trova in una delle seguenti situazioni:  
\_\_\_\_\_, per cui allega alla presente idonea documentazione comprovante l'esonero, l'omissione o il differimento per motivi di salute.

Dichiara, inoltre che:

- la situazione familiare è la seguente:

	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Codice fiscale	Residenza
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 *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 del Policlinico**

## **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 CHE FIRMA LA DOMANDA**

### **DIPENDENTE DEL POLICLINICO e/o DELL'AZIENDA USL DI MODENA**

**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: \_\_\_\_\_

**GENITORI entrambi DIPENDENTI DELLE AZIENDE SANITARIE**  
**(AOU o AUSL di Modena)**

COMPILARE ANCHE LA PARTE SUCCESSIVA

**ALTRO GENITORE DIPENDENTE DELLA AOU e/o DELL'AZIENDA USL-DI MODENA**

Nome e Cognome.....

Reparto/ufficio.....

Telefono lavoro.....

Altro telefono.....

**7 BIS- Lavoratore Studente:**

*Barrare la casella se lavoratore studente*

**8 BIS- Orario settimanale di lavoro da contratto:**

numero ore \_\_\_\_\_

**9 BIS Pendolarità, numero Km. \_\_\_\_\_ (il numero dei km fa riferimento al percorso di solo andata)**

*indicare la distanza tra il Comune di residenza/domicilio ed il Comune del luogo di lavoro*

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

**10 BIS- Lavoratori con impegno notturno:**

*Barrare la casella se lavoratore 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:**

- 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

**14 - 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 DEL NONNO MATERNO:**

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

**Data di Nascita** \_\_\_\_\_ **Comune di Residenza** \_\_\_\_\_

**15 - 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

**16 - 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 MATERNA:**

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

**Data di Nascita** \_\_\_\_\_ **Comune di Residenza** \_\_\_\_\_

**17 - 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

**18 - 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

***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).**

## Alcune informazioni:

- dalla data di pubblicazione della graduatoria, l'utente ammesso si considera assegnatario del posto; nel caso decidesse di rinunciare si richiede di comunicarlo il prima possibile al funzionario responsabile della procedura (Mirella Cantaroni tel. 059/422.4629 mail: [cantaroni.mirella@aou.mo.it](mailto:cantaroni.mirella@aou.mo.it));
- eventuale ricorso potrà essere presentato entro 10 giorni dalla pubblicazione della graduatoria;
- le variazioni delle condizioni dichiarate in domanda dovranno essere segnalate, al fine della correttezza del punteggio assegnato, entro il termine finale stabilito per i ricorsi;
- Anche per i nidi convenzionati la compartecipazione mensile al costo del servizio, sia a tempo pieno che part time, è fissata in base al valore Isee del nucleo familiare (come disciplinato dal D.p.c.m. 159/2013). Per l'A.S. 2022/2023, le modalità di calcolo e le percentuali applicate ai valori Isee del nucleo familiare sono state le medesime previste per i nidi a gestione comunale. Sul sito [www.comune.modena.it/servizi/educazione-e-formazione](http://www.comune.modena.it/servizi/educazione-e-formazione), alla voce "Tariffe", è possibile calcolare indicativamente la propria retta inserendo il proprio valore Isee in corso di validità.
- L'importo della retta mensile è a cura degli Uffici Comunali, le sue modalità di versamento sono di competenza del gestore del servizio pertanto le comunicazioni saranno a cura dei suddetti uffici.

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;
2. Corrispondere, in caso di ritardato pagamento, le spese sostenute per le procedure di sollecito e di recupero;
3. 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.

NB.: i rapporti riferiti a quanto indicato ai tre punti precedenti intercorreranno direttamente fra il richiedente e il gestore del servizio

Modena, \_\_\_\_\_

*Il richiedente*

\_\_\_\_\_

**SI INVITA A PORRE LA MASSIMA ATTENZIONE NELLA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA.  
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).**