

ALLEGATO "B" AL BANDO

Al Comune di Barberino di Mugello  
Settore Servizi al Cittadino  
V.le della Repubblica, 24  
50031 Barberino di Mugello

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI DI ASILO NIDO COMUNALE  
ANNO EDUCATIVO 2025/2026**

**SCADENZA BANDO: 01/05/2025:** LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE COMPILAZIONE ED INVIO ON LINE CON LE MODALITA' PREVISTE NEL BANDO.

(cliccando sulla Home page del sito [www.comunebarberino.it](http://www.comunebarberino.it) al seguente link: [Servizi scolastici on line.](#))

**I sottoscritti genitori, dopo aver letto e preso conoscenza del bando per la presentazione delle domande per i servizi di Nido d'Infanzia per l'anno educativo 2025/2026:**

**DATI DEL PADRE**

<b>COGNOME E NOME</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
Nato/a _____ il _____	
residente nel Comune di _____	
Via/P.zza _____ n _____ tel _____	
Indirizzo mail _____	
Cell. _____	

**DATI DELLA MADRE**

<b>COGNOME E NOME</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
Nato/a _____ il _____	
residente nel Comune di _____	
Via/P.zza _____ n _____ tel _____	
Indirizzo mail _____	
Cell. _____	

FAC  
SIMILE

## GENITORI DI

<b>COGNOME E NOME</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
Nato/a a _____ il _____ e residente nel Comune di Barberino di Mugello all'indirizzo sopra specificato: _____	

## CHIEDONO

L'iscrizione per la figlia/il figlio:

**Ai seguenti servizi educativi di nido d'infanzia per l'anno educativo 2025/2026:**

(barrare con una croce una o più delle opzioni sotto riportate)

SERVIZIO MATTUTINO (orario 7,30 - 14,30) <input type="checkbox"/>	
SERVIZIO GIORNALIERO (orario 7,30 - 16,30) <input type="checkbox"/>	SERVIZIO POST NIDO (orario 16,30-17,30) <input type="checkbox"/> (prendo atto che il servizio post-nido sarà attivato solo in presenza del numero minimo di domande indicato nel Bando)

Facciamo presente che la fascia di età di mio/a figlio/a, riferita alla data del 1/9/2025 è:

Età inferiore a <input type="checkbox"/> 12 mesi	Età fra i <input type="checkbox"/> 12 e 24 mesi	Età fra i <input type="checkbox"/> 24 e 36 mesi
---	--	--

## DICHIARANO

Ai sensi degli Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente a verità, sotto la propria personale responsabilità

1. che, ai fini della attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria, la mia posizione lavorativa e quella del mio coniuge/compagno è la seguente:

(barrare con una croce le sole ipotesi che ricorrono)

PADRE	MADRE
<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro superiore o uguale a 30 ore settimanali.	<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro superiore o uguale a 30 ore settimanali.
<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro inferiore a 30 ore settimanali.	<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, con orario di lavoro inferiore a 30 ore settimanali.
<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, o determinato, che presta la propria attività lavorativa fuori dal comune di residenza (distanza tra luogo di lavoro e Comune oltre 15 km)	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo, o subordinato a tempo indeterminato, o determinato, che presta la propria attività lavorativa fuori dal comune di residenza (distanza tra luogo di lavoro e Comune oltre 15 km)
<input type="checkbox"/> lavoro in casa	<input type="checkbox"/> lavoro in casa
<input type="checkbox"/> disoccupato/a, licenziato/a con iscrizione di almeno sei mesi al centro per l'impiego	<input type="checkbox"/> disoccupato/a, licenziato/a con iscrizione di almeno sei mesi al centro per l'impiego
<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice con contratto a tempo determinato .	<input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice con contratto a tempo determinato .
<input type="checkbox"/> casalingo/a, pensionato/a	<input type="checkbox"/> casalingo/a, pensionato/a
<input type="checkbox"/> studente/studentessa non lavoratore in corso regolare di studio	<input type="checkbox"/> studente/studentessa non lavoratore in corso regolare di studio

2. che la composizione del proprio nucleo familiare risultante dall'anagrafe è la seguente:  
(specificare i nomi dei componenti il nucleo, le relazioni di parentela e la data di nascita)

COGNOME E NOME	RELAZIONE DI PARENTELA (rispetto al bambino/a)	DATA E LUOGO DI NASCITA

ed inoltre: (barrare con una croce le sole ipotesi che ricorrono)

3.  che il proprio nucleo è monoparentale;

↳ Per nucleo monoparentale deve intendersi nucleo familiare in cui i figli non vivono con entrambi i genitori nella stessa economia domestica ed in cui il genitore alleva il figlio da solo (es. nucleo composto da genitore separato - con separaz.giudiziale o omologa della separaz. consensuale - o divorziato e figlio; un solo genitore vedovo e figlio; genitore e figlio naturale riconosciuto da un solo genitore).

4.  che il figlio/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha un handicap certificato (allegare obbligatoriamente certificazione ASL).
5.  che nel proprio nucleo un genitore ha un'inabilità tale da non consentire al medesimo attività lavorativa oppure sussiste inabilità grave di un fratello del minore per il quale si chiede l'iscrizione al Nido. (allegare obbligatoriamente certificazione ASL).
6.  che il nucleo familiare è composto da genitori e conviventi non in grado di assistere il minore (allegare obbligatoriamente la relativa certificazione medica)
7.  che sono presenti n. \_\_\_\_\_familiari conviventi bisognosi di assistenza (allegare obbligatoriamente la relativa certificazione ASL).
8.  che la madre del bambino /a per cui si chiede l'iscrizione al Nido è in stato di gravidanza.
9.  che lo stesso figlio risultava essere inserito nella graduatoria (non lista aperta) del precedente a.e. 2024/2025 senza aver ricevuto offerte di posti disponibili.

### DICHIARANO INOLTRE

che il valore dell'indicatore ISEE 2025 del proprio nucleo familiare (**ISEE minorenni**) è pari ad € <sup>1</sup>.....e che la dichiarazione sostitutiva unica sulla base della quale è stato calcolato l'ISEE è stata presentata al CAAF dal/dalla Sig./ra .....codice fiscale.....e rilasciata dall'INPS in data .....

di non voler usufruire delle riduzioni tariffarie stabilite in base all'ISEE perché intende pagare la retta mensile massima;

↳  di aver preso visione e/o di aver ricevuto adeguata informazione circa quanto espressamente indicato all'art.6 del Bando "ISEE"

di essere consapevole che il/la proprio/a figlio/a non sarà ammesso/a e non potrà frequentare il nido se non in regola con le vaccinazioni;

-----\*\*\*\*\*-----

I sottoscritti prendono atto che la domanda sarà esclusa dalla graduatoria e l'ammissione al servizio da settembre 2025 per i seguenti motivi:

- a) ricevimento della domanda **oltre il 1 maggio 2025** ai fini dell'inserimento nella graduatoria
- b) difetto di uno o più requisiti di ammissione.

I sottoscritti dichiarano di essere informati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) così come modificato dal Regolamento UE/216/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I sottoscritti, mediante la sottoscrizione della presente domanda, acconsentono al trattamento dei dati suddetto.

<sup>1</sup>Indicare qui il valore dell'indicatore ISEE Minorenni desumibile dall'attestazione ISEE 2025 in corso di validità.

**Allego alla presente** (descrivere qui gli allegati alla presente domanda):

**1. copia di un documento di identità valido (allegato obbligatorio)**

**2.** \_\_\_\_\_

**Data,** \_\_\_\_\_

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

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

FAC  
SIMILE