



Comune di GRANOZZO CON MONTICELLO

Provincia di NOVARA

28060 GRANOZZO – VIA G. MATTEOTTI N. 15 - TEL. 0321 55113

e-mail: tributi@comune.granozzoconmonticello.no.it

Area Tributi - Elettorale – Servizi cimiteriali e Attuazione del welfare

SERVIZIO PER L'ATTUAZIONE DEL WELFARE

MODELLO DI DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO – ANNO SCOLASTICO 2026/2027 -

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____ via _____
tel. _____
e-mail _____ in qualità di _____

CHIEDE L'AMMISSIONE

del _____ propri _____ figli _____ Nome _____ Cognome _____
nat _____ a _____ il _____ M. F. residente a _____
(con almeno un genitore)
oppure che nascerà il (indicare la data presunta del parto) _____

ALL'ASILO NIDO COMUNALE "BIMBI GRAZIOSI", a partire dal _____

A TAL FINE DICHIARA

Di accettare il "Regolamento per la gestione dell'asilo nido comunale" e di essere consapevole delle sanzioni penali previste per la falsità di atti e per le dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 28.12.200 n.445).

Di appartenere ad una delle seguenti categorie (barrare la voce che interessa):

- ☐ Bambino appartenente a famiglia residente nel Comune di Granozzo con Monticello;
- ☐ bambino residente in altro Comune che ha un genitore che lavora nel Comune di Granozzo con Monticello (specificare nome _____ cognome _____ - datore _____ di lavoro/ _____);
- ☐ bambino residente in altro Comune che ha un parente (fino al terzo grado) che risiede nel Comune di Granozzo con Monticello (specificare nome _____ cognome _____ - rapporto _____ di parentela _____);
- ☐ bambino residente in Comune che ha sottoscritto apposita convenzione con il Comune di Granozzo con Monticello per _____ l'utilizzo dell'asilo nido _____ (Comune _____ di _____);
- ☐ bambino residente in altro Comune.

Di optare per il seguente orario (barrare la voce che interessa):

☐ Tempo pieno	dalle ore 8,30 alle ore 16,30
☐ Tempo ridotto mattino	dalle ore 8,30 alle ore 13,30
☐ Tempo ridotto pomeriggio	dalle ore 13,30 alle ore 16,30

Di trovarsi nelle seguenti condizioni (compilare tutte le voci seguendo le istruzioni):

Comune di San Pietro Mosezzo Prot. n. 0001604 del 05-03-2026 arrivo Cat. 7 Cl. 1

N.B.: Il mancato inserimento dei dati o dei documenti richiesti equivale a dichiarazione di assenza della condizione.

	<u>CONDIZIONE</u>	<u>ISTRUZIONI:</u> <u>DATI E DOCUMENTI PER</u> <u>L'ISCRIZIONE</u>	<u>PUNTEGGIO</u>	<u>Spazio riservato</u>
1	BAMBINO DISABILE	Indicare SI o NO nello spazio riservato Allegare certificato delle competenti autorità sanitarie (diagnosi funzionale)	22 Priorità assoluta	
2	GRAVE DISAGIO SOCIALE DEL NUCLEO FAMILIARE	Indicare SI o NO nello spazio riservato Allegare Relazione del competente servizio socio-assistenziale e aggiornamenti successivi	10	
3	MANCANZA DI UN GENITORE			
a)	Vedovo/a, ragazza madre con figlio non riconosciuto dal padre; ragazzo padre con figlio non riconosciuto dalla madre	Indicare SI o NO nello spazio riservato	9	
b)	Divorziato/a, separato/a legalmente, ragazza/o madre/padre con figlio riconosciuto dal padre/madre, solo se non coabitante con il coniuge	Indicare SI o NO nello spazio riservato	7	
c)	Separato/a (a seguito di presentazione di istanza di separazione del Tribunale) solo se non coabitante con il padre/madre del bambino	Indicare SI o NO nello spazio riservato	5	
4	FAMILIARI A CARICO (<i>i limiti di età sono da intendersi ad anno solare</i>)			
a)	per ogni figlio minore di età compresa tra 0 e 3 anni (<i>escluso il minore che si vuole iscrivere</i>)	Indicare il NUMERO di figli tra 0 e 3 anni escluso il minore che si vuole iscrivere nello spazio riservato	1,5	
b)	per ogni figlio minore di età compresa tra 3 e 6 anni	Indicare il NUMERO di figli tra 3 e 6 anni nello spazio riservato	1	
c)	per ogni figlio minore di età compresa tra 6 e 18 anni	Indicare il NUMERO di figli tra 6 e 18 anni nello spazio riservato	0,5	
d)	per ogni figlio minore disabile (<i>escluso il minore che si vuole iscrivere</i>)	Indicare il NUMERO di figli minori disabili (<i>escluso il minore che si vuole iscrivere</i>) nello spazio riservato Allegare il Certificato delle competenti autorità sanitarie	1,5	
e)	per ogni figlio maggiorenne disabile	Indicare il NUMERO di figli maggiorenni disabili nello spazio riservato Allegare Certificato delle competenti autorità sanitarie	2	
f)	Familiare convivente con invalidità superiore al 67%	Indicare SI o NO nello spazio riservato Certificato delle competenti autorità sanitarie	2	
5	CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI			
a)	per ciascun genitore lavoratore a tempo pieno (min. 30 ore/settimanali)	Indicare il numero di genitori a tempo pieno (min 30 ore/settimanali)	20	
b)	per ciascun genitore lavoratore part-time (meno di 30 ore /settimanali.)	Indicare il numero di genitori a part-time (meno 30 ore/settimanali)	10	
c)	per ogni genitore studente con obbligo di frequenza di un corso di studi che preveda almeno 25 ore settimanali	Indicare il numero di Genitori studenti con obbligo di frequenza di un corso di studi che preveda almeno 25 ore settimanali	5	
6	ISCRIZIONE DI 2 O PIÙ' FRATELLI	Indicare SI o NO nello spazio riservato	1	
7	PERMANENZA NELLA GRADUATORIA DEL BANDO DELL'ANNO EDUCATIVO PRECEDENTE	Indicare SI o NO nello spazio riservato	2	

Li, _____

FIRMA DI UN GENITORE
