

**MODULO AGGIUNTIVO ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE PRIMA
DELLA SCUOLA PRIMARIA A.S. 2018-2019
DA COMPILARE PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
PER L'AMMISSIONE AL TEMPO PIENO (40 h. settimanali) SCUOLA "M. POLO"**

Dichiarazioni sostitutive di certificazioni e/o dell'atto di notorietà (D.P.R. 445 del 28/12/2000 artt. 46-47)

Il sottoscritto _____ (padre - madre o chi esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci., dichiara quanto di seguito:

ALUNNO/A _____

COMPOSIZIONE E SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| In caso di risposta negativa specificare la situazione | | |
| Affido congiunto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Se l'affido non è congiunto bisogna perfezionare la domanda di iscrizione presso la scuola entro l'avvio del nuovo anno scolastico | | |
| Bambino riconosciuto da un solo genitore | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Altro(specificare) | _____ | |

◆ **FRATELLI E SORELLE** SI NO

| se sì: | cognome e nome | data di nascita | scolarizzato | | Scuola/plesso | Cl/sez |
|--------|----------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | | SI | NO | | |
| | | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |
| | | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |
| | | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |

Alunno diversamente abile SI NO

☞ In caso affermativo è richiesta la certificazione medica rilasciata dalla commissione medica preposta.

◆ Vi sono casi di infermità grave o cronica dei genitori o dei fratelli? (Invalidità superiore ai 2/3 o ai sensi della L. 104) SI NO

Se sì, indicare il nome _____

☞ Presentare certificazione rilasciata dalla commissione medica preposta.

☞ La situazione familiare è PARTICOLARE ed è conosciuta/seguita dai servizi sociali ? SI NO
In caso affermativo, allegare alla presente la documentazione dei Servizi Sociali.

PADRE

Cognome e Nome

nato a

il

Codice Fiscale

CONDIZIONE PROFESSIONALE**N.B.: VANNO DICHIARATE SOLO SITUAZIONI IN ATTO ALLA DATA DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (06/02/2018)**

Lavoratore dipendente

Lavoratore autonomo

Altro

SE LAVORATORE DIPENDENTE:

Qualifica (operaio, impiegato, infermiere, quadro, dirigente, ...)

Ente, ditta o agenzia di lavoro
interinale presso cui è assunto

Sede di lavoro

Tel.

*(indicare se soggetto a spostamenti continui dalla sede legale di lavoro)***Orario di lavoro da contratto (non devono essere indicate le ore di straordinario):**

| | |
|--|--|
| MATTINO dalle ore _____ alle ore _____ | POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____ |
| ALTRO TURNO dalle ore _____ | alle ore _____ |
| N. giorni lavorativi settimanali _____ | |
| di cui | |
| Totale ore lavorative settimanali n. _____ | N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____ |

- Nel caso di orari variabili non definiti, specificare il caso e fornire un orario indicativo.
- Nel caso di docenti: indicare le ore settimanali lavorative di insegnamento frontale.

SE LAVORATORE AUTONOMO O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:

Professione esercitata

Posizione occupata all'interno della ditta

Sede di lavoro

Orario di lavoro:

| | |
|---|--|
| MATTINO dalle ore _____ alle ore _____ | POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____ |
| ALTRO TURNO dalle ore _____ | alle ore _____ |
| N. giorni lavorativi settimanali _____ | |
| di cui | |
| Totale ore lavorative settimanali n _____ | N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____ |

Ragione sociale e natura giuridica della ditta

Indirizzo

Tel.

Anno di inizio attività

N. iscrizione CCIAA

Partita IVA

MADRE

Cognome e Nome

nata a _____

il _____

Codice Fiscale _____

CONDIZIONE PROFESSIONALE**N.B. : VANNO DICHIARATE SOLO SITUAZIONI IN ATTO ALLA DATA DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA. (06/02/2018)**Lavoratrice dipendente Lavoratrice autonoma Altro **SE LAVORATRICE DIPENDENTE:**

Qualifica (operaia, impiegata, infermiera, quadro, dirigente, ...)

Ente, ditta o agenzia di lavoro
interinale presso cui è assunta

Sede di lavoro _____

Tel. _____

*(indicare se soggetta a spostamenti continui dalla sede legale di lavoro)*Orario di lavoro da contratto (non devono essere indicate le ore di straordinario):

| | |
|--|--|
| MATTINO dalle ore _____ alle ore _____ | POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____ |
| ALTRO TURNO dalle ore _____ alle ore _____ | |
| Totale ore lavorative settimanali n. _____ | N. giorni lavorativi settimanali _____ di cui N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____ |

- Nel caso di orari variabili non definiti, specificare il caso e fornire un orario indicativo.
- Nel caso di docenti: indicare le ore settimanali lavorative di insegnamento frontale.

SE LAVORATRICE AUTONOMA O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:

Professione esercitata _____

Posizione occupata all'interno della ditta _____

Sede di lavoro _____

Orario di lavoro:

| | |
|--|--|
| MATTINO dalle ore _____ alle ore _____ | POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____ |
| ALTRO TURNO dalle ore _____ alle ore _____ | |
| Totale ore lavorative settimanali n. _____ | N. giorni lavorativi settimanali _____ di cui N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____ |

Ragione sociale e natura giuridica della
ditta _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Anno di inizio attività _____

N. iscrizione CCIAA _____

Partita IVA _____

NONNI MATERNI

N.B.: in caso di controlli può essere richiesta presentazione di documenti a conferma di quanto autodichiarato.

◆ NONNO MATERNO

deceduto? SI NO

Cognome e nome _____

nato il _____

residente a _____

in via _____

Pensionato o
disoccupato

lavoratore dipendente o
autonomo
a TEMPO PIENO

lavoratore dipendente o
autonomo
a PART - TIME

Invalido superiore ai
2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____

sede _____

*  **Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta**

◆ NONNA MATERNA

deceduta? SI NO

Cognome e nome _____

nata il _____

residente a _____

in via _____

Pensionata o
disoccupata

lavoratrice dipendente o
autonoma
a TEMPO PIENO

lavoratrice dipendente o
autonoma
a PART - TIME

Invalido superiore ai
2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____

sede _____

*  **Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta**

Il nonno/a _____ accudisce _____ che è

coniuge e/o parente convivente con invalidità pari a _____ (indicare percentuale)

ANNOTAZIONI EVENTUALI

NONNI PATERNI**◆ NONNO PATERNO**

deceduto? SI NO

Cognome e nome _____

nato il _____ residente a _____ in via _____

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Pensionato o disoccupato | <input type="checkbox"/> | lavoratore dipendente o autonomo a TEMPO PIENO | <input type="checkbox"/> | lavoratore dipendente o autonomo a PART-TIME | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|

Invalido superiore ai 2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____ sede _____

*  **Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta****◆ NONNA PATERNA**

deceduta? SI NO

Cognome e nome _____

nata il _____ residente a _____ in via _____

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Pensionata o disoccupata | <input type="checkbox"/> | lavoratrice dipendente o autonoma a TEMPO PIENO | <input type="checkbox"/> | lavoratrice dipendente o autonoma a PART-TIME | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|

Invalido superiore ai 2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____ sede _____

*  **Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta**

Il nonno/a _____ accudisce _____ che è

 coniuge e/o parente convivente con invalidità pari a _____ (indicare percentuale)**ANNOTAZIONI EVENTUALI**

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

Rubiera _____

Firma di autocertificazione (D.P.R 28/12/2000 n. 445) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

➤ **LA TABELLA DI VALUTAZIONE DEI TITOLI PER L'ACCESSO ALLA CLASSE 1^ DI TEMPO PIENO E' RINVENIBILE SUL SITO DELL'ISTITUTO : www.icrubiera.gov.it**

N.B. IN ORDINE ALLE DICHIARAZIONI RESE POTRANNO ESSERE EFFETTUATI I CONTROLLI E /O LE REGOLARIZZAZIONI PREVISTI DAL D.P.R n. 445 del 28/12/2000.

➤ *Il sottoscritto è consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza solo ed unicamente per i propri fini istituzionali. (D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196)*

Data _____

Firma _____

➤ Per qualsiasi chiarimento o informazione, rivolgersi alla segreteria dell'Istituto Comprensivo : tel. 0522/626265

ORARIO :

- | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------|
| • dal lunedì al venerdì | dalle ore 7,40 | alle ore 9,30 |
| | dalle ore 12.00 | alle ore 13,15 |
| • sabato | dalle ore 9.45 | alle ore 13,00 |
| • martedì pomeriggio | dalle ore 14.00 | alle ore 17,00 |