

Congregazione Terz'Ordine Franciscano di San Carlo

“ASILO DEI NONNI” DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ANNO EDUCATIVO 2026-2027

Punteggio

IL/LA SOTTOSCRITT _____ (intestatario fattura)

nato/a a _____ il _____

Padre _____ Madre _____ di: _____

Cod. Fisc.(di chi sottoscrive): _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

DI ISCRIVERE IL /LA PROPRI _____ FIGLI _____ NATO/A A _____

il _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

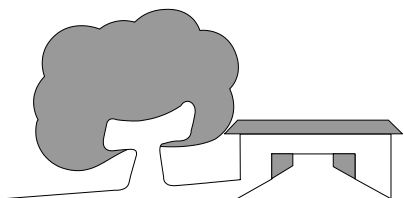
AL SERVIZIO DI “ASILO DEI NONNI”

Indicate, in ordine di preferenza (1° o 2°),il pacchetto orario a cui siete interessati:

Pacchetto orario	Fascia oraria per pacchetto	Costo	
6 ORE	7.30- 13.30	€ 500,00	
9 ORE	7.30- 16.30	€ 680,00	

N.B. Nel costo dei pacchetti orari non è prevista la mensa, che va acquistata a parte al costo di € 4,00 a pasto.

Il nido aderisce all'iniziativa “NIDI GRATIS” della Regione Toscana



**Tabella dei punteggi per la formazione della graduatoria al
“ASILO DEI NONNI”**

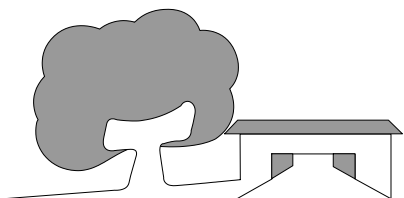
PRECEDENZA: I figli dei lavoratori dipendenti della Congregazione hanno diritto all'ammissione prioritaria, fino a 5 posti, e alla fruizione della mensa gratuitamente.

1. SITUAZIONE FAMILIARE

	Punti	
Nucleo monoparentale (un genitore che si occupa da solo dei figli a seguito di separazione, divorzio, morte)	18	
Assenza totale dei nonni -deceduti, lavoratori, lontani oltre 30 km, disabili (invalidità oltre il 70%)	10	
Assenza parziale dei nonni (almeno uno disponibile)	5	
Altri figli iscritti al Nido “Asilo dei Nonni”	5	

2. CARICO FAMILIARE

	Punti	
Domanda di gemelli	6	
Nuova gravidanza al momento della domanda	4	
Per ogni ulteriore figlio al di sotto dei 3 anni	5	
Per ogni ulteriore figlio da 3 a 14 anni non compiuti	3	
Presenza all'interno del nucleo familiare di persone disabilità e/o invalidità, cui necessita prestare assistenza.	5	



3. SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

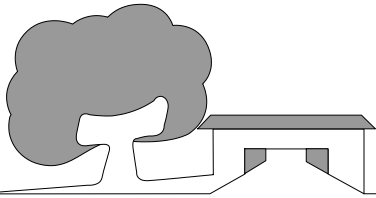
	Punti	Madre	Padre
Occupato a tempo pieno	10		
Occupato part-time fino a 15 ore e/o a chiamata	6		
Disoccupato/a iscritto al centro per l'impiego	4		
Trasferte senza rientro serale (almeno 10 giorni al mese)	2		
Trasferte senza rientro serale prolungate (almeno 3 mesi all'anno)	4		
Lavoratori dipendenti di organizzazioni del III settore	2		

4. ALTRO

	Punti	
Permanenza in lista d'attesa all'Asilo dei nonni nel precedente anno educativo	6	

5. PRECEDENZA A PARITA' DI PUNTEGGIO:

A PARITA' DI PUNTEGGIO VERRA' DATA PRECEDENZA AL BAMBINO/A DI ETA' INFERIORE



Congregazione Terz'Ordine Franciscano di San Carlo

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(i cui dati anagrafici sono resi nell'apposita sezione del presente modulo)

DICHIARA

- Che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero, consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 26 della legge 4/1/68 n. 15 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio.

In caso di inserimento del bambino nel servizio, si impegna:

- 1) a versare mensilmente la quota corrispondente al pacchetto orario a cui il bambino verrà iscritto in base alla richiesta e alla graduatoria, per tutta la durata dell'anno educativo
 - 2) in caso di ritiro, dal mese di aprile in poi, a versare la quota mensile anche per il mese successivo a quello del ritiro
 - 3) a versare la quota di iscrizione di € 100
- autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
 - si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dalla Direzione del Nido; è consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy;
 - **allega fotocopia del certificato delle vaccinazioni obbligatorie**

Il/la dichiarante

(firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

ATTENZIONE

Si prega di allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato

Data.....

RISERVATO a chi ritira la domanda

Si attesta che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza

Data_____ Ora_____ Addetto_____