



# COMUNE DI CASTELLINA MARITTIMA

PROVINCIA DI PISA

6 Piazza Mazzini, 4  
Cap 56040  
Tel. 050.694111  
Part. IVA 00140390501  
Pec comune.castellina@postacert.toscana.it

## SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO "IL CUCCIOLO"

a.s. 2022/2023

### DOMANDA:

- di ammissione
- di rinnovo iscrizione (per chi ha frequentato l'anno precedente l'asilo nido)

### INFORMAZIONI RELATIVE AL BAMBINO/A

Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI RELATIVE AI GENITORI

Nome padre \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
Nome madre \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_  
Anno di nascita padre \_\_\_\_\_ anno di nascita madre \_\_\_\_\_  
Comune di nascita padre \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) comune di nascita madre \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_)

### LAVORO DEI GENITORI

(indicare per esteso l'attività lavorativa)

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

### CONDIZIONE PROFESSIONALE E NON

	Padre	Madre
1) Occupato/a stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Occupato/a part-time (periodo superiore a sei mesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Disoccupato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Pensionato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5) Casalinga   | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6) Studente  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7) Altra condizione non professionale<br>(Specificare) |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
- 

### LUOGO DI LAVORO

- |  |  | Padre                    |  | Madre                    |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|
| - Località stessa Provincia fuori Comuni limitrofi               |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| - Località stessa Provincia fuori Comuni non limitrofi           |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 8) Località fuori Provincia di Pisa ma di Provincia limitrofa    |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| - Località fuori Provincia di Pisa ma di Provincia non limitrofa |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| - Località fuori Regione   |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

### ORARIO LAVORATIVO DEI GENITORI

Abitualmente l'orario di lavoro si svolge:

- |  |                          | Padre                    |                          | Madre                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9) A orario spezzato, turnificato, variabile         | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10) A turni con orario notturno                      |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| 11) Lavoratori che si assentano per un lungo periodo | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          |

### INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FAMIGLIA

Composizione attuale del nucleo familiare (barrare la casella rispondente ad ogni membro della famiglia attualmente convivente nello stesso appartamento)

Famiglia monoparentale (padri e madri divorziati/e, celibi/nubili vedovi/e separati/e non conviventi con altro adulto)

padre

madre

figlio per cui si chiede l'iscrizione naturale  in affidamento  in adozione

gravidanza della madre (certificato del medico)

altro figlio età \_\_\_\_\_

altri conviventi:

nonno paterno

nonna paterna

nonno materno

nonna materna

assenza totale dei nonni (deceduti)

- altri familiari conviventi in particolare stato di salute certificato (specificare il grado di parentela verso il bambino) \_\_\_\_\_
- altri familiari non conviventi in particolare stato di salute certificato (specificare il grado di parentela verso il bambino) \_\_\_\_\_

**NUMERO COMPLESSIVO DI TUTTI I CONVIVENTI IN FAMIGLIA**

(sommare tutti i conviventi genitori, figli e altri parenti e non parenti) N. \_\_\_\_\_

**NONNI NON CONVIVENTI :**

- Residenti nello stesso comune che svolgono attività lavorativa
- Residenti in un altro comune non limitrofo che svolgono attività lavorativa

**ALTRE INFORMAZIONI A COMPLETAMENTO DELLA DOMANDA**

	SI	NO
Il bambino/a presenta handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il bambino/a ha fratelli disabili o un genitore disabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre situazioni di disagio segnalati dal servizio Sociale:		
Bambino/a orfano/a di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bambino/a non riconosciuto/a da uno dei genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bambino/a figlio/a di genitori senza fissa dimora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____		
Bambino/a presente nella graduatoria dell'anno precedente non accolto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>