



COMUNE DI CASTELLINA MARITTIMA

PROVINCIA DI PISA

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. 2024/2025

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
(Specificare)

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 _____
- altro figlio età _____
- altro figlio età _____
- altro figlio età _____
- 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"/>

MODALITA' DI UTILIZZO ASILO NIDO

- CON MENSA
- SENZA MENSA

Firma del genitore

Firma del genitore

Data di presentazione della domanda
