

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DI POSTO-BAMBINO***Nidi d'infanzia, Micronidi e Sezioni primavera privati autorizzati e accreditati**Anno educativo 2026/2027***Risorse aggiuntive asili nido – Annualità 2026****Fondo Speciale per l'Equità del livello dei servizi (FELS)**

Oggetto: Istanza per assegnazione posto-bambino per l'A.E. 2026/2027 – Risorse aggiuntive asili nido  
2026 – ATS n. 2

**Istruzioni:** compilare integralmente il modello, barrare le caselle pertinenti e allegare la documentazione richiesta. I punteggi sono attribuiti esclusivamente per condizioni dichiarate e documentate/verificabili.

**1. DATI DEL RICHIEDENTE**

|                             |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cognome e nome</b>       | _____                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nato/a a</b>             | _____ il ____/____/____                                                                                                                                                                          |
| <b>Codice fiscale</b>       | _____                                                                                                                                                                                            |
| <b>Qualità</b>              | <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> affidatario <input type="checkbox"/> esercente responsabilità genitoriale |
| <b>Residenza</b>            | Comune _____ Via _____ n. ____                                                                                                                                                                   |
| <b>CAP</b>                  | _____                                                                                                                                                                                            |
| <b>Telefono / cellulare</b> | _____                                                                                                                                                                                            |
| <b>E-mail</b>               | _____                                                                                                                                                                                            |
| <b>PEC (se disponibile)</b> | _____                                                                                                                                                                                            |

**2. DATI DEL MINORE**

|                       |                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Cognome e nome</b> | _____                                                 |
| <b>Nato/a a</b>       | _____ il ____/____/____                               |
| <b>Codice fiscale</b> | _____                                                 |
| <b>Cittadinanza</b>   | _____                                                 |
| <b>Sesso</b>          | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| <b>Residenza</b>      | Comune _____ Via _____ n. ____                        |

☐ Minore in affidamento ordinario: ☐ SI ☐ NO

☐ Minore nell'ambito di procedura di adottabilità: ☐ SI ☐ NO

☐ Minore con disabilità certificata ai sensi della Legge n. 104/1992: ☐ SI ☐ NO

(allegare documentazione inerenti le dichiarazioni sopra indicate)

### 3. REQUISITI DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che alla data di scadenza dell'Avviso:

- ☐ il minore è in possesso dei requisiti di età previsti dall'Avviso e rientra nella fascia di età ammessa dalla struttura prescelta;
- ☐ il minore risiede in un Comune dell'ATS n. 2 aderente alla gestione associata delle risorse aggiuntive;
- ☐ oppure, il richiedente non residente in un Comune dell'ATS n. 2 svolge attività lavorativa in uno dei territori comunali dell'ATS: Comune \_\_\_\_\_;
- ☐ sono assolti gli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente, ovvero ricorrono condizioni di esonero, omissione o differimento;
- ☐ è disponibile l'attestazione ISEE 2026 valida ai fini delle prestazioni rivolte ai minorenni, ove necessaria per la compartecipazione;
- ☐ non sussistono cause ostative o condizioni che determinino la perdita dei requisiti richiesti dall'Avviso.

### 4. SCELTA DEL SERVIZIO EDUCATIVO

Indicare una sola struttura come prima scelta. La scelta deve riguardare esclusivamente le strutture ammesse e disponibili per la fascia di età del minore.

| Scelta                              | Struttura educativa | Comune | Fascia / servizio                                                                                                 |
|-------------------------------------|---------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/><br>Prima   | _____               | _____  | <input type="checkbox"/> Nido<br><input type="checkbox"/> Micronido<br><input type="checkbox"/> Sezione Primavera |
| <input type="checkbox"/><br>Seconda | _____               | _____  | <input type="checkbox"/> Nido<br><input type="checkbox"/> Micronido<br><input type="checkbox"/> Sezione Primavera |

La seconda scelta è facoltativa. L'eventuale assegnazione della seconda scelta potrà avvenire esclusivamente in caso di disponibilità residua e secondo l'ordine della graduatoria, come previsto dall'Avviso.

### 5. TIPOLOGIA E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI

- ☐ Tempo pieno (8 ore/giorno)
- ☐ Tempo parziale – indicare, se previsto dalla struttura e dalla programmazione, l'orario richiesto: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Eventuali esigenze organizzative / note: \_\_\_\_\_

### 6. DATI DEI GENITORI / TUTORI / ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

|                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| Padre/Tutore – Cognome e Nome  | _____                  |
| Codice fiscale                 | _____                  |
| Residenza                      | Comune _____ Via _____ |
| Telefono / e-mail              | _____                  |
| Madre/Tutrice – Cognome e Nome | _____                  |

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| <b>Codice fiscale</b>  | _____                  |
| <b>Residenza</b>       | Comune _____ Via _____ |
| <b>Telefono/e-mail</b> | _____                  |

## 7. CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

Compilare per ciascun genitore. Le condizioni rilevanti ai fini del punteggio devono essere documentate.

### PADRE / TUTORE

- ☐ Lavoro a tempo indeterminato
- ☐ Lavoro a tempo determinato superiore all'anno
- ☐ Lavoro a tempo determinato inferiore all'anno
- ☐ Lavoro autonomo
- ☐ Lavoratore in cassa integrazione
- ☐ Disoccupato/inoccupato

|                                                     |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ore settimanali</b> (ove richieste dal criterio) | _____ ore                                                                                                                                    |
| <b>Datore di lavoro / attività</b>                  | _____                                                                                                                                        |
| <b>Comune sede di lavoro</b>                        | _____                                                                                                                                        |
| <b>Indirizzo sede di lavoro</b>                     | _____                                                                                                                                        |
| <b>Lavoro notturno</b>                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1-3 ore <input type="checkbox"/> 4-6 ore <input type="checkbox"/> turni di almeno 7 ore |
| <b>Orario / turnazione</b>                          | _____                                                                                                                                        |
| <b>Per autonomi: P. IVA / CCIAA</b>                 | _____                                                                                                                                        |

### MADRE / TUTRICE

- ☐ Lavoro a tempo indeterminato
- ☐ Lavoro a tempo determinato superiore all'anno
- ☐ Lavoro a tempo determinato inferiore all'anno
- ☐ Lavoro autonomo
- ☐ Lavoratore in cassa integrazione
- ☐ Disoccupato / inoccupato

|                                                     |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ore settimanali</b> (ove richieste dal criterio) | _____ ore                                                                                                                                    |
| <b>Datore di lavoro / attività</b>                  | _____                                                                                                                                        |
| <b>Comune sede di lavoro</b>                        | _____                                                                                                                                        |
| <b>Indirizzo sede di lavoro</b>                     | _____                                                                                                                                        |
| <b>Lavoro notturno</b>                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1-3 ore <input type="checkbox"/> 4-6 ore <input type="checkbox"/> turni di almeno 7 ore |
| <b>Orario / turnazione</b>                          | _____                                                                                                                                        |
| <b>Per autonomi: P. IVA / CCIAA</b>                 | _____                                                                                                                                        |

## 8. COMPOSIZIONE E CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE

Indicare i componenti del nucleo familiare del minore.

| N. | Cognome e nome | Grado di parentela | Data di nascita |
|----|----------------|--------------------|-----------------|
| 1  |                |                    |                 |
| 2  |                |                    |                 |
| 3  |                |                    |                 |
| 4  |                |                    |                 |
| 5  |                |                    |                 |

- ☐ Familiare convivente con invalidità superiore al 66% e necessità di continua assistenza: ☐ SÌ ☐ NO (allegare certificazione)
- ☐ Entrambi i genitori presenti nel nucleo familiare: ☐ SÌ ☐ NO  
Se NO, specificare e allegare la documentazione pertinente:
- ☐ minore riconosciuto da un solo genitore / orfano
  - ☐ coppia non coniugata e non convivente (allegare ISEE Minorenni 2026 e DSU, ove richiesto)
  - ☐ separazione legale
  - ☐ detenzione o situazione similare
  - ☐ altra condizione: \_\_\_\_\_
- ☐ Nuova gravidanza della madre: ☐ SÌ ☐ NO (allegare certificato rilasciato da struttura pubblica)
- ☐ Nucleo di recente immigrazione / ricongiungimento: ☐ SÌ ☐ NO
- ☐ Altro figlio frequentante la stessa struttura nell'A.E. 2026/2027: ☐ SÌ ☐ NO
- ☐ Nucleo in carico ai Servizi Sociali: ☐ SÌ ☐ NO

Specificare, se pertinente, la condizione socio-ambientale rilevante ai fini del punteggio e allegare documentazione: \_\_\_\_\_

## 9. ISEE E COMPARTECIPAZIONE

- ☐ ISEE 2026 allegato: ☐ SÌ ☐ NO

|                                            |         |
|--------------------------------------------|---------|
| <b>Valore ISEE 2026</b>                    | € _____ |
| <b>ISEE Minorenni 2026 (se pertinente)</b> | € _____ |

Ai fini della compartecipazione per la frequenza a tempo pieno, l'Avviso prevede:

- ISEE € 0–25.000,00: € 50,00/mese;
- ISEE € 25.000,01–40.000,00: € 93,00/mese;
- ISEE oltre € 40.000,00: € 136,00/mese.

Per il tempo parziale si applicano le condizioni previste dalla convenzione e dalla programmazione dell'ATS.

- ☐ Dichiaro di essere consapevole che, in assenza di ISEE, sarà applicata la quota massima prevista dall'Avviso.

## 10. DICHIARAZIONI AI FINI DELLA GRADUATORIA

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler far valere, ove sussistenti e documentate, le seguenti condizioni:

- ☐ condizione lavorativa e relativo numero di ore settimanali;
- ☐ lavoro notturno;
- ☐ cassa integrazione;

- ☐ disoccupazione / iscrizione al CPI;
- ☐ fratelli presenti nel nucleo e relativa fascia di età;
- ☐ familiare convivente con invalidità superiore al 66% e necessità di continua assistenza;
- ☐ assenza di un genitore dal nucleo;
- ☐ affidamento ordinario / procedura di adottabilità;
- ☐ nuova gravidanza;
- ☐ recente immigrazione / ricongiungimento;
- ☐ altro figlio frequentante la stessa struttura;
- ☐ disabilità certificata del minore;
- ☐ presa in carico dei Servizi Sociali con situazione socio-ambientale documentata.

Il/La richiedente prende atto che i punteggi per condizioni non documentate o non verificabili non saranno attribuiti e che la graduatoria sarà formata secondo i criteri dell'art. 8 dell'Avviso.

#### **11. VACCINAZIONI**

- ☐ ☐ Dichiaro che il minore è in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente.
- ☐ ☐ Dichiaro che ricorre una condizione di esonero, omissione o differimento prevista dalla legge e allego la relativa documentazione.

#### **12. IMPEGNI DEL RICHIEDENTE**

- ☐ a fornire dichiarazioni complete, veritiere e verificabili e a comunicare tempestivamente ogni variazione dei requisiti o delle condizioni dichiarate;
- ☐ a produrre la documentazione eventualmente richiesta dall'Ufficio di Piano per l'istruttoria e i controlli;
- ☐ a mantenere valida l'attestazione ISEE richiesta per l'applicazione della quota di compartecipazione;
- ☐ a corrispondere direttamente al gestore esclusivamente la quota di compartecipazione prevista dall'ATS per il posto convenzionato;
- ☐ a rispettare il regolamento della struttura, gli orari concordati e le condizioni di frequenza;
- ☐ a comunicare tempestivamente eventuali rinunce, interruzioni della frequenza o altre circostanze rilevanti;
- ☐ a prendere atto che l'assegnazione è subordinata alla graduatoria, alla disponibilità dei posti, alla fascia di età, alle scelte espresse, agli obiettivi di servizio dei Comuni aderenti e alle risorse disponibili.

#### **13. CONSAPEVOLEZZA DELLE REGOLE DI ASSEGNAZIONE**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che:

- ☐ l'istanza non determina automaticamente l'assegnazione del posto;
- ☐ l'assegnazione avverrà secondo l'ordine della graduatoria e nel rispetto della scelta espressa, della fascia di età e della disponibilità effettiva della struttura;
- ☐ in caso di assegnazione, il posto dovrà essere formalmente accettato entro il termine perentorio di 5 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva, mediante l'apposito modello;
- ☐ la mancata accettazione entro il termine comporterà la rinuncia al posto, salvo comprovate ragioni valutate dall'Amministrazione;
- ☐ la mancata occupazione del posto entro il termine comunicato dall'ATS, senza comprovata giustificazione, potrà comportare la sostituzione con altro utente in posizione utile;
- ☐ assenze superiori a 10 giorni consecutivi non giustificate per iscritto, salvo malattia documentata, possono comportare la decadenza dal posto;

- ☐ il mancato pagamento della quota di compartecipazione entro la fine del mese di riferimento comporta l'automatica decadenza dal posto;
- ☐ la rinuncia alla frequenza deve essere comunicata per iscritto al gestore e all'Ufficio di Piano nei termini previsti dall'Avviso.

#### 14. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Documento di identità del richiedente in corso di validità
- ☐ Attestazione ISEE 2026 e DSU, ove richiesta
- ☐ Copia del permesso di soggiorno di tutto il nucleo familiare, ove pertinente
- ☐ Documentazione relativa alle vaccinazioni / esonero / omissione / differimento
- ☐ Documentazione relativa alle condizioni lavorative dei genitori
- ☐ Documentazione relativa alla disabilità del minore, ove pertinente
- ☐ Documentazione relativa all'invalidità del familiare convivente, ove pertinente
- ☐ Documentazione relativa ad affidamento / adottabilità
- ☐ Certificato di gravidanza rilasciato da struttura pubblica, ove pertinente
- ☐ Documentazione relativa a detenzione o situazione simile, ove pertinente
- ☐ Documentazione relativa alla separazione legale, ove pertinente
- ☐ Documentazione relativa al ricongiungimento di un genitore, ove pertinente
- ☐ ISEE Minorenni 2026 e DSU, nei casi previsti
- ☐ Ogni ulteriore documento utile a comprovare le condizioni dichiarate

#### 15. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA E CONTROLLI

La presente istanza è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Il/La dichiarante è consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75.

- ☐ Autorizzo l'Amministrazione a effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e ad acquisire, ove consentito, dati presso altre Pubbliche Amministrazioni.
- ☐ Mi impegno a produrre nei termini assegnati le integrazioni o i chiarimenti richiesti dall'Ufficio di Piano.

#### 16. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno trattati dal Comune di Rosarno, quale Comune Capofila dell'ATS n. 2, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., esclusivamente per le finalità connesse alla gestione dell'Avviso, alla verifica dei requisiti, alla formazione della graduatoria, all'assegnazione dei posti, ai controlli, al monitoraggio e alla rendicontazione delle risorse. L'informativa completa sul trattamento dei dati è resa disponibile dall'Amministrazione nelle forme previste dalla normativa vigente.

- ☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>Luogo e data</b>          | _____, ____/____/____ |
| <b>Firma del richiedente</b> | _____                 |