



**Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona
"Penisola Sorrentina"**

DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

Prot. N. ----

Del -- /--/----

Al Sindaco del Comune di _____

Al Direttore dell'Azienda Speciale Consortile
c/o l' Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona

Domanda per l'accesso al Servizio¹ NIDO D'INFANZIA

Il/La Destinatario/a²:

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __ / __ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, numero _____, scadenza __ / __ / ____

Codice fiscale __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

Il/La Segnalante²

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __ / __ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, numero _____, scadenza __ / __ / ____

Codice fiscale __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

¹ Per la compilazione della presente domanda e' possibile usufruire del supporto dell'ufficio servizi sociali dell'Azienda Speciale Consortile, presso il proprio comune di residenza.

² Per i destinatari sottoposti a tutela giuridica (es. minori, interdetti, ecc.), alla voce "Il/La Destinatario/a" devono essere inseriti i dati del destinatario del Servizio, mentre alla voce "Il Segnalante" devono essere inseriti i dati di chi esercita la tutela (es. genitore, tutore, ecc..).



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

presenta **Domanda di accesso al Servizio sopra indicato**, ritenendo di essere in possesso dei requisiti previsti dal "Regolamento sui criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario [art.10, comma 2 lett. e) punto 2) L. R. 11/07]" e dal Regolamento relativo al Servizio, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, **dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X)**:

<u>REQUISITO</u>	<u>PUNTEGGIO</u>
Composizione del Nucleo Familiare: 1.1 - Nucleo familiare monogenitoriale , in cui l'unico genitore risulti ragazza/o madre/padre (cfr. circolare I.N.P.S. n. 8 del 17.01.2003), vedova/o, separata/o con decreto del Tribunale, divorziata/o: <input type="checkbox"/> unico genitore occupato; <input type="checkbox"/> unico genitore non occupato.	20 18
1.2 - Nucleo familiare monogenitoriale , in cui siano presenti l'unico genitore ragazza/o madre/padre (cfr. circolare I.N.P.S. n. 8 del 17.01.2003), vedova/o, separata/o con decreto del Tribunale, divorziata/o e altri adulti, risultanti dallo stato di famiglia , aventi o meno vincolo di parentela con il minore: <input type="checkbox"/> unico genitore occupato; <input type="checkbox"/> unico genitore non occupato.	18 16
1.3 - Nucleo familiare in cui siano presenti entrambi i genitori, anche se non risultanti dallo stesso stato di famiglia: <input type="checkbox"/> genitori entrambi occupati; <input type="checkbox"/> genitori di cui uno non occupato; <input type="checkbox"/> genitori entrambi non occupati.	18 10 6
Bambini che già accedano al Servizio.	20
Bambini diversamente abili e/o con patologie certificate, di cui all'art. 2, comma 4, del presente Regolamento.	20
Bambini in "affido pre-adoattivo", oppure in "affidamento familiare".	12
Bambini che abbiano fratelli/sorelle di età inferiore ai 14 anni.	1 (per ciascun fratello/sorella)
Bambini gemelli, per cui si richieda l'accesso al Servizio.	3 (per ciascun gemello)
Bambini la cui madre sia in stato di gravidanza.	3
Nucleo familiare in cui siano presenti persone con invalidità, certificata, non inferiore al 74%.	4
Relazione del servizio sociale Per le situazioni reali di disagio psico-socio-sanitario-educativo-ambientale, non prevedibili dai sopraccitati parametri, in seguito ad indagine sociale, formalizzata in idonea relazione del servizio sociale professionale competente per territorio	Da 1 a 5

Luogo e data: _____, __ / __ / ____

Firma del Segnalante