

→ Nucleo familiare in cui manca uno dei genitori: specificare il motivo dell'assenza: (in caso di separazione/divorzio: allegare copia sentenze) _____

→ E' in corso una nuova gravidanza e la nascita è prevista per il mese di (allegare certificato) _____

→ Il bambino è in affido: note _____

→ Il seguente componente il nucleo familiare si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: nome _____ grado di invalidità _____ (allegare certificato). E' ricoverato in istituto? si no

ANNOTAZIONI EVENTUALI _____

→ Il bambino era in lista d'attesa nel servizio comunale l'anno precedente? si no

LA CONDIZIONE PROFESSIONALE DEL PADRE E' LA SEGUENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoro a tempo indeterminato o determinato/continuativo | <input type="checkbox"/> occupazione stabile in proprio |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato o neo lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> iscritto al collocamento |
| <input type="checkbox"/> pensionato o inabile | <input type="checkbox"/> studente con obbligo frequenza |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ | |

(PER I LAVORATORI DIPENDENTI)

QUALIFICA: _____

Ente o ditta in cui lavora: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

(PER I LAVORATORI AUTONOMI O COADIUVANTI)

PROFESSIONE: _____ data inizio _____

Ditta o impresa: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

PER TUTTI I LAVORATORI: Orario di lavoro (esclusi straordinari)

MATTINO dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ POMERIGGIO dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ NOTTE dalle ore

_____, _____ alle ore _____, _____ Turno giornaliero di lavoro: ore lavorative giornaliere _____, _____ giorni lavorativi

settimanali _____ ore lavorative settimanali _____, _____

Particolare situazione lavorativa del padre: (se sussistono, allegare dichiarazione del datore di lavoro)

Assenze prolungate sistematiche: Da tre a cinque mesi all'anno Più di cinque mesi all'anno

Assenze periodiche sistematiche: (CON PERNOTTAMENTO FUORI CASA) : Da 7 giorni al mese 15 o più giorni al mese

ANNOTAZIONI: _____

LA CONDIZIONE PROFESSIONALE DELLA MADRE E' LA SEGUENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoro a tempo indeterminato o determinato/continuativo | <input type="checkbox"/> occupazione stabile in proprio |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato o neo lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> iscritto al collocamento |
| <input type="checkbox"/> pensionato o inabile | <input type="checkbox"/> studente con obbligo frequenza |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ | |

(PER LE LAVORATRICI DIPENDENTI)

QUALIFICA: _____

Ente o ditta in cui lavora: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

(PER LE LAVORATRICI AUTONOME O COADIUVANTI)

PROFESSIONE: _____ data inizio _____

Ditta o impresa: denominazione _____ tel _____
Sede legale: località _____ Via _____

PER TUTTI I LAVORATORI: **Orario di lavoro (esclusi straordinari)**

MATTINO dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ POMERIGGIO dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ NOTTE dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ **Turno giornaliero di lavoro:** ore lavorative giornaliere _____, _____ giorni lavorativi settimanali _____ ore lavorative settimanali _____, _____

Particolare situazione lavorativa della madre: (se sussistono, allegare dichiarazione del datore di lavoro)

Assenze prolungate sistematiche: Da tre a cinque mesi all'anno Più di cinque mesi all'anno
Assenze periodiche sistematiche: (CON PERNOTTAMENTO FUORI CASA): Da 7 giorni al mese 15 o più giorni al mese

ANNOTAZIONI EVENTUALI: _____

LA SITUAZIONE DEI NONNI E' LA SEGUENTE:

NONNO PATERNO : Nome e cognome _____ professione _____
Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
o altri problemi di salute: _____

NONNA PATERNA : Nome e cognome _____ professione _____
Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
o altri problemi di salute: _____

NONNO MATERNO : Nome e cognome _____ professione _____
Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
o altri problemi di salute: _____

NONNA MATERNA : Nome e cognome _____ professione _____
Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
o altri problemi di salute: _____

ANNOTAZIONI : _____
