



Azienda Speciale Consortile  
per i servizi alla Persona  
"Penisola Sorrentina"  
Ambito Territoriale Sociale N33

Prot. N. \_\_\_\_\_

Del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Al Comune di Sorrento**

**All'Azienda Speciale Consortile  
"Penisola Sorrentina"**

**Istanza d'accesso al Servizio BABY TRASPORTO SOCIALE**

**Il/La Destinatario/a<sup>1</sup>:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

**Il Segnalante**

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: \_\_\_\_\_

**presenta Domanda di accesso al Servizio sopra indicato**, ritenendo di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando di accesso e 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]". Il/La sottoscritto/a è consapevole che ai fini della partecipazione al suddetto servizio è tenuto al pagamento di **una quota di compartecipazione nella misura di € 5000** per ogni minore per mese di Servizio.

<sup>1</sup> 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 " 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"  
Ambito Territoriale Sociale N.33

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**):

<b>REQUISITO</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>Composizione del Nucleo Familiare:</b>	
<b>1.1 - Nucleo familiare monogenitoriale</b> , 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.	<b>20</b> <b>18</b>
<b>1.2 - Nucleo familiare monogenitoriale</b> , 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 <b>altri adulti, risultanti dallo stato di famiglia</b> , aventi o meno vincolo di parentela con il minore: <input type="checkbox"/> unico genitore occupato; <input type="checkbox"/> unico genitore non occupato.	<b>18</b> <b>16</b>
<b>1.3 - Nucleo familiare in cui siano presenti entrambi i genitori, anche se non risultanti dallo stesso stato di famiglia:</b> <input type="checkbox"/> genitori entrambi occupati; <input type="checkbox"/> genitori di cui uno non occupato; <input type="checkbox"/> genitori entrambi non occupati.	<b>18</b> <b>14</b> <b>10</b>
<b>Bambini che già accedano al Servizio.</b>	<b>20</b>
<b>Bambini diversamente abili e/o con patologie certificate, di cui all'art. 2, comma 4, del presente Regolamento.</b>	<b>20</b>
<b>Bambini in "affido pre-adoattivo", oppure in "affidamento familiare".</b>	<b>12</b>
<b>Bambini che abbiano fratelli/sorelle di età inferiore ai 14 anni.</b>	<b>1</b> (per ciascun fratello/sorella)
<b>Bambini gemelli, per cui si richieda l'accesso al Servizio.</b>	<b>3</b> (per ciascun gemello)
<b>Bambini la cui madre sia in stato di gravidanza.</b>	<b>3</b>
<b>Nucleo familiare in cui siano presenti persone con invalidità, certificata, non inferiore al 74%.</b>	<b>4</b>
<b>Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del nucleo familiare:</b> <input type="checkbox"/> ISEE inferiore a € 6.000,00; <input type="checkbox"/> ISEE da € 6.000,01 a € 9.000,00 <input type="checkbox"/> ISEE da € 9.000,01 a € 12.000,00 <input type="checkbox"/> ISEE da € 12.000,01 a € 18.500,00 <input type="checkbox"/> ISEE superiore a € 18.500,00	<b>5</b> <b>4</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>1</b>

DISTANZA TRA L'ABITAZIONE DEL MINORE E LA SEDE DEL SERVIZIO	Km.
---	-----

Indirizzo dove il minore dovrà essere prelevato e riaccompagnato:

\_\_\_\_\_

Sorrento , \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del Segnalante