

## Dati relativi al padre e alla madre

PADRE	MADRE
Professione	Professione
Lavoratore Autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/>	Lavoratrice Autonoma <input type="checkbox"/> Studentessa <input type="checkbox"/>
Lavoratore Dipendente <input type="checkbox"/> Coadiuvante <input type="checkbox"/>	Lavoratrice Dipendente <input type="checkbox"/> Coadiuvante <input type="checkbox"/>
Pensionato / Inabile <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>	Pensionata / Inabile <input type="checkbox"/> Disoccupata <input type="checkbox"/>
Altro	Altro
Ente o Ditta	Ente o Ditta
Sede <span style="float: right;">Tel.</span>	Sede <span style="float: right;">Tel.</span>
Totale ore lavorative settimanali	Totale ore lavorative settimanali
Lavoro a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/>	Lavoro a Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/>
Lavoro a Tempo Determinato <input type="checkbox"/>	Lavoro a Tempo Determinato <input type="checkbox"/>
Dal <span style="float: right;">al</span>	Dal <span style="float: right;">al</span>
Altro	Altro

## Dati relativi ai nonni

NONNO PATERNO	NONNO MATERNO
Cognome e Nome	Cognome e Nome
Nato a <span style="float: right;">il</span>	Nato a <span style="float: right;">il</span>
Residenza	Residenza
Lavoratore Autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/>	Lavoratore Autonomo <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/>
Lavoratore Dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>	Lavoratore Dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/>
Ditta e Sede	Ditta e Sede
Invalido (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/>	Invalido (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/>
Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori <input type="checkbox"/>	Istituzionalizzato o impegnato ad accudire i genitori <input type="checkbox"/>
NONNA PATERNA	NONNA MATERNA
Cognome e Nome	Cognome e Nome
Nata a <span style="float: right;">il</span>	Nata a <span style="float: right;">il</span>
Residenza	Residenza
Lavoratrice Autonoma <input type="checkbox"/> Pensionata <input type="checkbox"/>	Lavoratrice Autonoma <input type="checkbox"/> Pensionata <input type="checkbox"/>
Lavoratrice Dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupata <input type="checkbox"/>	Lavoratrice Dipendente <input type="checkbox"/> Disoccupata <input type="checkbox"/>
Ditta e sede	Ditta e sede
Invalida (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduta <input type="checkbox"/>	Invalida (allegare certificazione) <input type="checkbox"/> Deceduta <input type="checkbox"/>

Istituzionalizzata o impegnata ad accudire i genitori

Istituzionalizzata o impegnata ad accudire i genitori

## Informazioni sul bambino/a

Cognome e nome del pediatra \_\_\_\_\_ Tel. Ambulatorio \_\_\_\_\_

Il bambino/a è in affidamento familiare?      Sì       No

Notizie sullo stato generale di salute del bambino/a (segnalare eventuali condizioni fisiche o psichiche quali: handicap (allegare certificazione), allergie, altro).

---

---

Ha frequentato altri servizi per l'infanzia?      Sì       No

Se sì, quale? \_\_\_\_\_

Era in lista d'attesa nella Scuola dell'Infanzia Statale l'anno precedente e non è stato inserito?

## Informazioni sul nucleo familiare

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare?      Sì       No

In caso di risposta negativa specificare la situazione (separazione, divorzio, decesso, carcerazione, altro) \_\_\_\_\_

### ALTRI FIGLI:

anno di nascita _____	scolarizzato	Sì <input type="checkbox"/>	Scuola: _____	No <input type="checkbox"/>
anno di nascita _____	scolarizzato	Sì <input type="checkbox"/>	Scuola: _____	No <input type="checkbox"/>
anno di nascita _____	scolarizzato	Sì <input type="checkbox"/>	Scuola: _____	No <input type="checkbox"/>
anno di nascita _____	scolarizzato	Sì <input type="checkbox"/>	Scuola: _____	No <input type="checkbox"/>

E' in corso una nuova gravidanza?      No       Sì  (allegare certificazione)

Se sì, la nascita è prevista per il mese di \_\_\_\_\_

Tra i familiari conviventi o domiciliati nel comune di residenza vi è qualcuno che si trovi in stato di infermità grave o cronica, o necessiti di assistenza continua?      No

Sì  (allegare certificazione)

L'eventuale assistenza è affidata alle istituzioni?      Sì       No

Annotazioni aggiuntive

---

---

---