

Altri figli minorenni

data di nascita altro figlio: ___/___/_____

data di nascita altro figlio: ___/___/_____

data di nascita altro figlio: ___/___/_____

Invalidità o gravi patologie nel nucleo familiare (allegare certificazione)

madre: invalidità 100% invalidità >=75% invalidità <75% altra patologia: _____

padre: invalidità 100% invalidità >=75% invalidità <75% altra patologia: _____

minore: invalidità 100% invalidità >=75% invalidità <75% altra patologia: _____

altro figlio: invalidità 100% invalidità >=75% invalidità <75% altra patologia: _____

altro figlio: invalidità 100% invalidità >=75% invalidità <75% altra patologia: _____

altro figlio: invalidità 100% invalidità >=75% invalidità <75% altra patologia: _____

Situazione lavorativa madre (riferita al periodo dal 02/03/2020 al 22/03/2020)*

non lavora o non conosciuta

studente, tirocinante/praticante: nome Istituto _____

recapito telefonico _____

mail _____

lavoratrice autonoma: ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

collaboratrice coadiuvante coniuge o in impresa familiare:

ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

lavoratrice tempo indeterminato, determinato o altro:

Primo datore di lavoro:

indeterminato determinato altro: _____

ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

data assunzione ___/___/___ data fine (eventuale) ___/___/___

ore settimanali da contratto: _____

turni disagiati (oltre le ore 20:00)

distanza dal luogo di lavoro oltre i 40km

Secondo datore di lavoro (eventuale):

indeterminato determinato altro: _____

ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

data assunzione ___/___/___ data fine (eventuale) ___/___/___

ore settimanali da contratto: _____

turni disagiati (oltre le ore 20:00)

distanza dal luogo di lavoro oltre i 40km

Situazione lavorativa padre (riferita al periodo dal 02/03/2020 al 22/03/2020)*

non lavora o non conosciuta

studente, tirocinante/praticante: nome Istituto _____

recapito telefonico _____

mail _____

lavoratore autonomo: ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

collaboratore coadiuvante coniuge o in impresa familiare:

ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

lavoratore tempo indeterminato, determinato o altro:

Primo datore di lavoro:

indeterminato determinato altro: _____

ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

data assunzione ___/___/___ data fine (eventuale) ___/___/___

ore settimanali da contratto: _____

turni disagiati (oltre le ore 20:00)

distanza dal luogo di lavoro oltre i 40km

Secondo datore di lavoro (eventuale):

indeterminato determinato altro: _____

ragione sociale _____

codice fiscale _____

recapito telefonico _____

mail _____

orario fine lavoro _____

data assunzione ___/___/___ data fine (eventuale) ___/___/___

ore settimanali da contratto: _____

turni disagiati (oltre le ore 20:00)

distanza dal luogo di lavoro oltre i 40km

*come previsto dal Regolamento dei Servizi Educativi e per l'Infanzia, il requisito occupazionale si intende riferito al momento della presentazione della domanda e comunque posseduto entro la scadenza delle iscrizioni, pertanto per garantire lo stesso criterio applicato a coloro che hanno effettuato la domanda nel periodo dal 02/03/2020 al 22/03/2020, sarà quest'ultimo il periodo da prendere in considerazione.

Sesto San Giovanni, lì ___/___/_____

firma madre (*)

firma padre (*)

(*) in caso di unico genitore esercente la potestà genitoriale è sufficiente la sola firma di questo

Allegare copia dei documenti d'identità in corso di validità.