

**CONVENZIONE TRA L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO E L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA PER LA FRUIZIONE DELL'ASILO NIDO AZIENDALE "LA TROTTOLA".**

**TRA**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino", di seguito denominata "Azienda", codice fiscale 034835700101, con sede in Genova, largo Rosanna Benzi n. 10, legalmente rappresentata dal Direttore Generale Dott. Mauro Barabino, nato a Genova il 23/2/1946

**E**

L'Università degli Studi di Genova, di seguito denominata Università, codice fiscale 00754150100, con sede in Genova, Via Balbi n. 5, rappresentata dal Magnifico Rettore *pro-tempore* Prof. Giacomo Deferrari, nato a Genova il 12/08/1940

(di seguito congiuntamente "le Parti")

**PREMESSO**

- che nell'autunno 2006 l'Azienda ha inaugurato l'asilo nido aziendale "La Trottola", gestito dall'ATI Consorzio Agorà-Cooperativa Lanza del Vasto, situato presso il Convitto Santa Caterina, con una capacità di accoglienza di 50 bambini in età compresa tra i 3 e i 36 mesi, di cui 12 da 3 a 9 mesi e 38 da 10 a 36 mesi, aventi almeno un genitore dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda;
- che l'Azienda ha manifestato all'Università la propria disponibilità ad estendere anche al personale dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le strutture appartenenti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, attraverso la sottoscrizione di apposito accordo convenzionale, la possibilità di avvalersi dell'Asilo nido aziendale, nel limite massimo di n. 5 posti, di cui 1 per bambini di età compresa tra 3 e 9 mesi e 4 per bambini di età compresa tra 10 e 36 mesi;
- che l'Università, tramite il Comitato per le pari opportunità, ha verificato l'interesse dei propri dipendenti ad avvalersi di tale struttura

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

**ART. 1**

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale degli accordi che seguono.

**ART. 2**

In forza della presente convenzione l'Azienda estende l'ammissione all'Asilo nido aziendale "La Trottola", inaugurato dall'anno educativo 2006/2007 per i figli dei propri dipendenti, ai bambini di età compresa tra 3 e 36 mesi, che abbiano almeno un genitore con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso le strutture appartenenti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università.

Ai figli dei dipendenti dell'Università è assicurato lo stesso trattamento riservato ai figli dei dipendenti dell'Azienda.

### **ART. 3**

A decorrere dalla data di sottoscrizione del presente atto saranno ammessi all'Asilo nido aziendale bambini, figli di dipendenti dell'Università, di età compresa tra 3 e 36 mesi, nel limite massimo di n. 1 posto per età compresa tra 3 e 9 mesi e di n. 4 posti per età compresa tra 10 e 36 mesi (n. 5 posti).

### **ART. 4**

L'Azienda si impegna ad assicurare il diritto dei bambini, figli di dipendenti dell'Università, ammessi all'Asilo nido aziendale, a completare l'iter formativo fino alla conclusione dell'anno educativo nel corso del quale raggiungano i 36 mesi di età.

### **ART. 5**

L'inserimento del bambino all'Asilo nido aziendale comporterà la partecipazione del genitore alle spese di gestione, sia attraverso il versamento di una quota di iscrizione annua pari ad Euro 195,00, sia attraverso la corresponsione di una retta mensile diversificata ed in particolare:

- euro 425,00 per i lattanti da 3 a 9 mesi con il genitore a tempo pieno e part-time
- euro 370,00 per i bambini da 10 a 36 mesi con il genitore a tempo pieno
- euro 322,00 per i bambini da 10 a 36 mesi con il genitore in part-time orizzontale e verticale
- euro 340,00 per i bambini da 10 a 36 mesi con il genitore in part-time lungo
- euro 250,00 per i bambini da 10 a 36 mesi con il genitore turnista (5 mattine o 5 pomeriggi per 10 gg. max)

La retta, corrisposta direttamente dal genitore al Gestore, è da intendersi a copertura dei costi del personale e parziale copertura del materiale di consumo (pannolini e materiale didattico). Il costo del pasto è da quantificarsi in euro 4,30 da pagarsi mensilmente sulla base dei pasti consumati.

In caso di assenze mensili inferiori ai 15 giorni complessivi la retta dovrà essere corrisposta per intero, mentre in caso di assenze mensili superiori ai 15 giorni complessivi la retta dovrà essere corrisposta ridotta del 30%.

### **ART. 6**

Le domande di iscrizione per l'anno educativo 2009/2010 dovranno essere redatte sul modulo prestampato allegato alla presente convenzione e dovranno essere presentate al Dipartimento gestione e Sviluppo risorse umane dell'Università, lo stesso Dipartimento predisporrà, se del caso, le relative graduatorie al fine della ammissione dei bambini che risultino in possesso dei requisiti richiesti.

### **ART. 7**

La validità della presente convenzione decorre dalla data di sottoscrizione delle Parti e si protrae per tre anni. Le Parti potranno successivamente rinnovarla mediante formali provvedimenti.

Ciascuna Parte può recedere anticipatamente dalla presente convenzione, previa comunicazione scritta all'altra Parte con almeno due mesi di preavviso.

#### ART. 8

Qualsivoglia controversia che dovesse insorgere tra le Parti relativamente alla interpretazione ed esecuzione della presente convenzione non risolvibile in via bonaria sarà devoluta alla competenza esclusiva del Foro di Genova.

#### ART. 9

La presente convenzione viene redatta in carta libera ai sensi dell'art. 16, tabella allegato "b" del D.P.R. 26.10.1972 n. 642, come modificato dal D.P.R. 30.12.1982 n. 955. Le spese di stesura ed eventuale registrazione in caso d'uso sono a carico dell'Università e per quanto in essa non esplicitamente disciplinato valgono le disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Letto, confermato e sottoscritto.

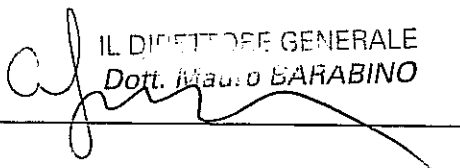
Genova, 8/4/2010

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO

Il Direttore Generale

Dott. Mauro Barabino

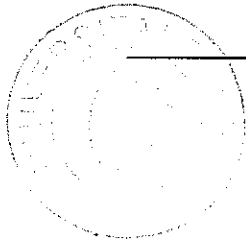
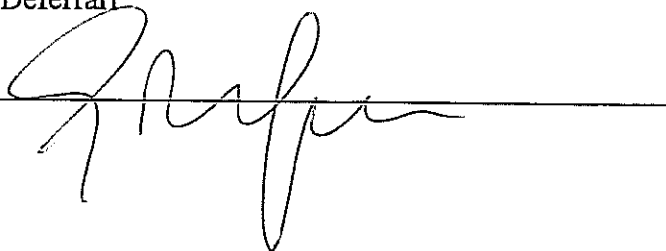
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. MAURO BARABINO



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

Il Rettore

Prof. Giacomo Deferrari



Al Direttore Generale  
A.O.U. "San Martino"  
L.go Rosanna Benzi, 10  
16132 Genova

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO AZIENDALE "LA TROTTOLA", PER L'ANNO EDUCATIVO \_\_\_\_\_**

**DATI DEL MINORE**

**Cognome e nome:**

\_\_\_\_\_

**Sesso: MASCHIO /FEMMINA**  
(barrare la voce interessata)

**Codice fiscale:**

\_\_\_\_\_

**Nato a (Comune e Provincia in Italia o Stato Estero):**

\_\_\_\_\_

**Nato il:**

\_\_\_\_\_

**Cittadinanza:**

\_\_\_\_\_

**Residente a (Comune e Provincia e Cap):**

\_\_\_\_\_

**Via:**

\_\_\_\_\_

**Domiciliato in (Via, Città, Telefono):**

\_\_\_\_\_

**Portatore di handicap: SI' / NO**  
(avendo preso atto di quanto specificato nella nota 1, barrare la voce interessata)

Eventuale % di invalidità certificata: \_\_\_\_\_

**DATI DEL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

**Cognome e nome:**

**Codice fiscale:**

---

---

**Nato a (Comune e Provincia in Italia o Stato Estero):**

---

---

**Nato il:**

---

---

**Cittadinanza:**

---

---

**Residente a (Comune e Provincia e Cap):**

---

---

**Via:**

---

---

**Telefono**

---

---

**E-mail:**

---

---

**Altro recapito telefonico:**

---

---

**Domiciliato in (Via, Città, Telefono)**

---

---

presenta la domanda in oggetto vista la vigente normativa in merito ed in qualità di:

(barrare la voce interessata)  
MADRE - PADRE - AFFIDATARIA - AFFIDATARIO

A tal fine, consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ha dichiarato quanto espresso nelle pagine precedenti ed inoltre dichiara quanto segue:

A: che almeno uno dei genitori del bambino/a è dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino":

**Cognome e nome:**

---

**Matricola:**

---

**B: informazioni sul nucleo familiare**

Avendo preso atto di quanto specificato nella **nota 2):**

(barrare le voci interessate)

- Che nel nucleo è presente solo uno dei genitori: SI' / NO
- Che la potestà genitoriale è esercitata da: MADRE - PADRE - AFFIDATARIA - AFFIDATARIO

C: che i dati del genitore affidatario non dichiarante sono:

**Cognome e nome:**

---

**Codice fiscale:**

---

**Nato a (Comune e Provincia in Italia o Stato Estero):**

---

**Nato il:**

---

**Cittadinanza:**

---

**Residente a (Comune e Provincia e Cap):**

---

**Via:**

---

**Telefono**

---

**E-mail:**

---

**Altro recapito telefonico:**

---

**Domiciliato (Via, Città, Telefono):**

---

**D: che la situazione lavorativa dei genitori/affidatari facenti parte del nucleo è la seguente:**

(barrare la voce interessata)

**- padre/affidatario:**

NON LAVORA - HA LAVORO DIPENDENTE - HA LAVORO AUTONOMO

Se ha lavoro:

**Professione:**

---

**Nome Ditta:**

---

**Telefono:**

---

**Indirizzo:**

---

**Orario:**

---

**Part-time fino al 50%: SI'**  
**(barrare il si in caso positivo)**

**- madre / affidataria: NON LAVORA - HA LAVORO DIPENDENTE - HA LAVORO AUTONOMO** (barrare la voce interessata)

Se ha lavoro:

**Professione:**

**Nome Ditta:**

**Telefono:**

**Indirizzo:**

**Orario:**

**Part-Time Fino al 50%: SI'**  
(barrare il sì in caso positivo)

**E: che il proprio nucleo familiare è seguito con interventi di appoggio di Servizi Sociali: SI'**  
(barrare il sì in caso positivo/allegare documentazione)

**F: che il minore ha gravi problemi di salute che incidono sulla sua vita di relazione comprovanti da certificazioni ASL: SI'**  
(barrare il sì in caso positivo/allegare documentazione)

**G: di avere familiari non autosufficienti e/o con specifiche, gravi, ed inderogabili necessità di assistenza da parte di chi esercita la potestà genitoriale comprovate da attestazione di invalidità in vigore pari o superiore al 66% o da certificazione ASL.**

Tali familiari sono residenti nel Comune di Genova e non sono ospiti di strutture residenziali per anziani e disabili.

(sono riconosciuti i familiari individuati dall'art. 433 del Codice Civile/allegare documentazione)

**Il familiare di cui sopra è: CONVIVENTE - NON CONVIVENTE**

(barrare la voce interessata)

Specificarne cognome, nome e grado di parentela col dichiarante:

SE NON CONVIVENTE, specificarne l'indirizzo:

H: che il proprio nucleo familiare è composto da tre figli minori: SI'

(barrare il sì in caso positivo)

I: costante assenza per lunghi periodi dalla famiglia per motivi di lavoro di:

**PADRE/AFFIDATARIO - MADRE/AFFIDATARIA - ENTRAMBI**

(barrare la voce interessata/allegare documentazione)

**Specificare in modo dettagliato i motivi e la durata dell'assenza:**

---

---

---

---

---

*Dichiara inoltre:*

- *di aver ricevuto copia del bando con le informazioni sulle iscrizioni e le graduatorie;*
- *di aver ricevuto informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 (foglio informativo –ultima pagina della domanda da trattarsi da parte del dichiarante);*
- *di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali ai fini degli adempimenti amministrativi correlati alla gestione dell'asilo nido aziendale;*
- *di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;*

Genova, .....

**FIRMA DEL DICHIARANTE\***  
titolare potestà genitoriale/o affidatario

.....

.....  
**\*(la domanda deve avere in allegato fotocopia del documento di identità in corso di validità del dichiarante)**

**NOTE:**

Nota 1) L'attestazione di handicap per le persone nelle condizioni previste dall'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 deve essere stata accertata dalla ASL ai sensi dell'art. 4 della medesima legge.

Nota 2) Fanno parte del nucleo familiare anagrafico le persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nella stessa casa. Fa parte dello stesso nucleo familiare anche il coniuge del/la dichiarante con diversa residenza anagrafica se non legalmente separato.

**FOGLIO INFORMATIVO DA TRATTENERSI A CURA DEL DICHIARANTE  
CRITERI PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA**

**Bambini/e portatori di handicap (punti 4,5)**

**Bambini/e con genitori lavoratori (da intendersi anche in caso di bambino convivente con un solo genitore) (punti 6,5)**

**Bambini/e con genitori lavoratori di cui uno in regime di orario p.time al 50%(da intendersi anche**

**in caso di bambino convivente con un solo genitore) (punti 6)  
Bambini/e con genitori lavoratori entrambi in regime di orario p.time al 50% (punti 5,5)**

**Bambini/e con famiglie con particolari condizioni di disagio sociale comprovato da relazioni dei Distretti Sociali e non rientrante nella voce "disagio familiare" (punti 4,5)**

**Bambini/e con famiglie con particolari condizioni di disagio familiare:**

**•bambino /a convivente con un solo genitore (punti 4)**

**•gravi problemi di salute del bambino/a che incidono sulla sua vita di relazione con certificazione ASL o di strutture sanitarie convenzionate (punti 3,5)**

**•presenza in famiglia di persone, anche non conviventi, non autosufficienti e/o con specifiche, gravi e inderogabili necessità di assistenza da parte dei genitori del bambino/a comprovate da attestazione di invalidità pari o superiore al 66% o da certificazione ASL o di strutture sanitarie convenzionate (punti 3)**

**Provenienza del bambino da altri servizi educativi (punti 0,5)**

**FOGLIO INFORMATIVO DA TRATTENERSI DA PARTE DEL  
DICHARANTE**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/2003 – PRIVACY**

L'iscrizione all'asilo nido aziendale comporta il trattamento cartaceo ed informatico da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino" e della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova dei dati personali necessari per attivare iscrizioni, compilare graduatorie pubbliche e attivare interventi organizzativi ed educativi.

I dati personali di cui sopra potranno essere trasmessi al Gestore incaricato dell'erogazione del servizio.

Le famiglie possono esercitare tutti i diritti previsti dal Codice privacy (art. 7), in particolare la conferma dell'esistenza dei dati che le riguardano nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi è interesse l'integrazione dei dati.

Per l'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino", Responsabile del trattamento dei dati è la dott.ssa Giovanna Cianchi.

Per la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova, Responsabile del trattamento dei dati è \_\_\_\_\_.