



Servizi Educativi (Servizio Mensa, Trasporto Scolastico, Nido Comunale)

“Vincenzo Cavaliere”

Anno Sociale 2020-2021

Al Sig. Sindaco
Comune di MESAGNE

Cognome _____

Nome

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo abitazione _____ n. _____

Recapiti telefonici

si ☐ **no** ☐ è stata presentata istanza di iscrizione nell'anno precedente (2019/2020) per l'accesso al Servizio di Asilo Nido Comunale "V.Cavaliere"

si ☐ **no** ☐ ha frequentato nell'anno **2019/2020** il Nido Comunale "*V.Cavaliere*"

La domanda di iscrizione è presentata contemporaneamente anche per:

- ☐ altro fratello/sorella gemello
☐ altro fratello/sorella

Situazione del bambino per il quale si richiede il Servizio:

- ☐ Minore portatore di Handicap
(Allegare certificato del Servizio Neuropsichiatria Infantile).
- ☐ Minore con grave disagio socio-psicologico di ordine sociale – **(in carico al Servizio Sociale)**
- ☐ Minore che vive presso struttura pubblica/ privata di tutela:
(nome struttura) _____ -
(Allegare Attestazione di convivenza da parte della struttura ospitante)
- ☐ Minore in affidamento familiare (pre-adottivo)
- ☐ Disturbi del minore certificati dal S.S.N.
(Allegare specifica richiesta di inserimento al nido)

RISERVATO ALL'UFFICIO

Lattante	Semidivezzo	Divezzo
(3 a 12 mesi)	(13 a 23 mesi)	(24 a 36 mesi)

Mesi al 31 Agosto 2020

ISEE € _____
In corso di validità _____

Scadenza:

RID. 50%

Riduzione retta	
-----------------	--

Esonero retta

**Appartenente alla lista di attesa
della graduatoria pubblica
Anno 2019/2020**

Punteggio Domanda

Fascia attribuita
(secondo mod.ISEE)**Servizio scelto**

A	B	C
(7-13:30)	(7-16:00)	(7-17:30)

Retta di frequenza attribuita

€

Ai fini dell'accoglimento della richiesta al Servizio

Il/la Sottoscritto/a.....

genitore /tutore legale del MINORE

CHIEDE

Alla S.V. l'ammissione dello stesso al Servizio di Nido Comunale **per l'anno 2020-2021** con la seguente tipologia di servizio: (crociare)

Dal Lunedì al Venerdì:

☐ **A dalle ore 7:00 alle ore 13:30** (incluso il servizio mensa)

☐ **C dalle ore 7:00 alle ore 17:30**

☐ **B dalle ore 7:00 alle ore 16:00**

Il Sabato dalle ore 7:00 alle ore 14:00

DICHIARA

**sotto la propria responsabilità:
(ai sensi dell'Art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

.....
-che la madre (*Cognome e Nome*)

nata a il e.mail **obbligatorio e leggibile**

cod.fisc è residente nel Comune di

in Via n°. e svolge la seguente attività:

☐ Lavoratore dipendente - Ditta/Ente – sede di lavoro

☐ Lavoratore autonomo - Ditta/Ente – sede di lavoro

☐ Lavoratore attualmente non occupato o occupato con contratto a termine.

☐ Disoccupata o cassaintegrata, iscritta nell'elenco del Centro per l'Impiego o liste di mobilità.

☐ Stato di gravidanza.

Orari di lavoro: ☐ Tempo pieno ☐ Part/time

☐ Lavoro notturno ☐ Turni a giornata

☐ Pendolarità quotidiana oltre i 30 Km (somma andata e ritorno).

☐ Posizione di lavoro all'estero o fuori Regione di uno dei genitori che comporti l'assenza completa del medesimo per tutta la settimana.

.....
-che il padre (*Cognome e Nome*)

nato a il email **obbligatorio e leggibile**

cod.fisc è residente nel Comune di

in Via n°. e svolge la seguente attività:

☐ Lavoratore dipendente - Ditta/Ente – sede di lavoro

☐ Lavoratore autonomo - Ditta/Ente – sede di lavoro

☐ Lavoratore attualmente non occupato o occupato con contratto a termine.

☐ Disoccupato o iscritto nell'elenco del Centro per l'Impiego o liste di mobilità.

Orari di lavoro: ☐ Tempo pieno ☐ Part/time

☐ Lavoro notturno ☐ Turni a giornata

☐ Pendolarità quotidiana oltre i 30 Km (somma andata e ritorno).

☐ Posizione di lavoro all'estero o fuori Regione di uno dei genitori che comporti l'assenza completa del medesimo per tutta la settimana.

Nucleo familiare con entrambi i genitori

☐ Coniugati (i coniugi fanno sempre parte dello stesso nucleo familiare, anche quando hanno residenza anagrafica diversa)

☐ Conviventi

Nucleo familiare mono-parentale (un solo genitore coabitante con il bambino/bambina)

Il dichiarante è solo/a in quanto:

☐ E'celibe/nubile con figlio/a non riconosciuto dall'altro genitore

☐ E'celibe/nubile con figlio/a riconosciuto dall'altro genitore che non è convivente, né coabitante

☐ E'vedovo/a

☐ E'separato/a legalmente (con sentenza n. _____ in data _____ del Tribunale di _____ e non coabita con il genitore del bambino per cui si chiede l'iscrizione.

☐ E'divorziato/a con sentenza n. _____ in data _____ del Tribunale di _____.

☐ Altro _____

Presenza nel nucleo familiare di altri figli (oltre a quello/a per cui si presenta domanda di iscrizione) o altri familiari conviventi con il minore

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

Problematiche nel nucleo familiare:

☐ Stato di malattia di un genitore o altro figlio (certificati dal S.S.N.)

☐ Nonni o familiari conviventi in permanente stato di bisogno e assistenza (decreto di riconoscimento di invalidità del S.S.N.)

☐ Invalidità di un genitore con riduzione delle capacità lavorative pari o superiore al 66% (certificati dal S.S.N.)

☐ Invalidità di un altro figlio pari o superiore al 66% (certificati dal S.S.N.)

Dichiara altresì:

☐ di voler usufruire delle fasce differenziate, secondo Mod. ISEE (**in corso di validità**) da allegare **obbligatoriamente**

☐ di non voler usufruire delle fasce differenziate in quanto in possesso di attestazione **ISEE uguale/superiore € 24.000,01.**

☐ di voler usufruire della seguente tipologia di servizio, ☐ **A** - ☐ **B** - ☐ **C** - (cerchiare il servizio scelto) prendendo atto del prospetto tariffario di seguito riportato.

Determinazione delle tariffe (Delibera di G.C. n. 8 del 16.01.2019)

	ISEE in corso di validità <i>Fasce di reddito</i>	☐ Servizio A ore 7:00/13:30 <i>Retta di frequenza</i>	☐ Servizio B ore 7:00/16:00 <i>Retta di frequenza</i>	☐ Servizio C ore 7:00/17:30 <i>Retta di frequenza</i>
1^ fascia	Da € 0 a € 2.032,52	€ -	€ 42.00	€ 63.00
2^ fascia	Da 2.032,53° € 3.048,78	€ 48.00	€ 62.00	€ 74.00
3^ fascia	Da € 3.048,79 a € 4.065,04	€ 67.00	€ 81.00	€ 95.00
4^ fascia	Da € 4.065,05 a € 6.097,56	€ 87.00	€ 101.00	€ 113.00
5^ fascia	Da € 6.097,57 a € 8.130,08	€ 110.00	€ 125.00	€ 141.00
6^ fascia	Da € 8.130,09 a € 12.195,12	€ 144.00	€ 161.00	€ 179.00
7^ fascia	Da € 12.195,13 a € 15.000,0	€ 184.00	€ 205.00	€ 229.00
8^ fascia	Da € 15.000,01 a € 18.000,00	€ 196.00	€ 218.00	€ 244.00
9^ fascia	Da € 18.000,01 a € 24.000,0	€ 211.00	€ 234.00	€ 254.00
10^ fascia	Da € 24.000,00 in poi	€ 213.00	€ 236.00	€ 284.00

di essere informato:

- che può essere richiesto per **una sola volta ad anno sociale la modifica della tipologia di servizio prescelta con altra tipologia. La modifica sostitutiva avrà efficacia dal mese successivo alla richiesta.**
- che per il 1° figlio viene corrisposta la retta mensile intera.
- che dal 2° figlio/a l'abbattimento della retta attribuita allo stesso è stabilito nella misura del 50%. che per i gemelli l'abbattimento della retta procapite è stabilito nella misura del 50%.
- che interviene riduzione della retta attribuita del **30%** in caso di assenza per malattia prolungata e superiore a 15 gg consecutivi nel mese.
- che interviene riduzione della retta del **50%** in caso di assenza prolungata per malattia superiore a 30 gg. consecutivi nel mese.

Si allega:

- ☐ Attestazione modello ISEE in corso di validità (per chi volesse usufruire delle fasce differenziate).
- ☐ Attestazione di regolarità delle vaccinazioni obbligatorie (Legge nr. 119 del 31.07.2017), da presentare comunque entro e non oltre il **31 Luglio 2020**.

Dichiara di essere consapevole che in assenza di attestazione vaccinale (Decreto nr. 77/17), il minore non potrà essere ammesso alla frequenza del Servizio richiesto.

Dichiara altresì di essere consapevole di eventuali prescrizioni e misure che potrebbero intervenire nell'ambito dell'ordinaria ripresa del Servizio per la situazione emergenziale COVID-19

Si riserva, all'atto dell'ammissione, di presentare al gestore dell'Asilo Nido Comunale "V. C a v a l i e r e" ulteriore documentazione riguardante il bambino/a:

- Certificato medico attestante lo stato di salute.
- Documentazione medica **aggiornata**, attestante intolleranze/allergie alimentari o altro.

Il Richiedente

Data _____

DICHIARAZIONE
(ai sensi dell'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n.445:

Esprime consenso per il trattamento dei dati personali del proprio nucleo familiare, relativamente ai servizi erogati dal Comune di Mesagne – Servizio Istruzione;

Dichiara di essere consapevole che l'Ente potrà verificare quanto dichiarato nella presente domanda di ammissione e di impegnarsi a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;

Dichiara di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno a decadere i benefici conseguiti e l'istanza di ammissione sarà registrata all'ultimo posto della graduatoria.

Dichiara di aver preso visione del Regolamento del Servizio di Asilo Nido Comunale (modificato e approvato con Delib. di C.C. n. 61 del 29.07.2016 e di accettarne tutti gli articoli in esso contenuti.

Data _____

Firma _____