

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 2018-2019** con la seguente tipologia di servizio:

Dal lunedì al Venerdì -

- A dalle ore 7:00 alle ore 13:30** (incluso il servizio mensa) **B dalle ore 7:00 alle ore 16:00**
 C dalle ore 7:00 alle ore 17:30

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.....

Cod.Fisc.....E MAIL(obbligatorio e leggibile)

È residente nel Comune diin 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.
 Pendolarità quotidiana oltre i 30Km.

Orari di lavoro: **Tempo pieno** **Part/time**
 Lavoro notturno **Turni a giornata**
 Pendolarità quotidiana oltre i 30 Km (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.....

Cod.Fisc.....E MAIL(obbligatorio e leggibile)

È residente nel Comune diin 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.
 Pendolarità quotidiana oltre i 30Km.

Orari di lavoro: **Tempo pieno** **Part/time**
 Lavoro notturno **Turni a giornata**
 Pendolarità quotidiana oltre i 30 Km (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 naturale riconosciuto/a da un solo 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 famigliari 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 superiore€ 24.000,001.**
- di voler usufruire della seguente tipologia di servizio, **A** - **B** - **C** - (cerchiare il servizio prescelto) prendendo atto del prospetto tariffario di seguito riportato.

Determinazione delle tariffe
(Delibera di Giunta Comunale n. 49 del 8.3.2018)

| | ISEE in corso di validità <i>Fasce di reddito</i> | <input type="checkbox"/> Servizio A ore 7:00/13:30 | <input type="checkbox"/> Servizio B ore 7:00/16:00 | <input type="checkbox"/> Servizio C ore 7:00/17:30 |
|------------|--|---|---|---|
| | | Retta mensile di frequenza | Retta mensile di frequenza | Retta mensile di frequenza |
| 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 € 15.000,01a € 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 € 24.000,01 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 prescelto 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 o 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
- Attestazione di regolarità delle vaccinazioni obbligatorie (Legge 119 del 31.7.2017)
- Si riserva di presentarla entro il _____ e non oltre il mese di luglio 2018

Dichiara di essere consapevole che in assenza di detta documentazione prevista dal Decreto n. 73/2017 il minore non potrà essere ammesso alla frequenza del Servizio richiesto.

Si riserva, altresì, 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.
- Certificato medico aggiornato attestante intolleranze/allergie alimentari (allegare obbligatoriamente)

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 _____