



**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 2022-2023** 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 il seguente orario 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.

**Attività lavorativa:**

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

**-che il padre** (*Cognome e Nome*) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_ **obbligatorio e leggibile**

cod.fisc \_\_\_\_\_ è residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n°. \_\_\_\_\_ e svolge il seguente orario 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.

**Attività lavorativa:**

- 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.

**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 (e non coabita con il genitore del bambino per cui si chiede l'iscrizione).
- E' divorziato/a.
- 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 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.

	ISEE in corso di validità  Fasce di reddito	<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 di frequenza	Retta di frequenza	Retta di frequenza
1^ fascia	Da € 0 a € 2.032,52	€ -	€ 42.00	€ 63.00
2^ fascia	Da 2.032,53€ a € 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 educativo 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 previa certificazione medica consegnata all'Ufficio Pubblica Istruzione.
- che interviene riduzione della retta del **50%** in caso di assenza prolungata per malattia **superiore a 30 gg.** consecutivi nel mese previa certificazione medica consegnata all'Ufficio Pubblica Istruzione.

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 Maggio 2022.**

**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 epidemiologica 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 \_\_\_\_\_