

COMUNE DI QUATTRO CASTELLA
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA



NIDO D'INFANZIA - CENTRO GIOCHI COMUNALE
"ELEFANTINO"



RICHIESTA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2020/2021

I SOTTOSCRITTI:

PADRE: Cognome nome _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____
Cod. Fiscale _____ tel _____ cellulare _____

MADRE: Cognome nome _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____
Cod. Fiscale _____ tel _____ cellulare _____

indirizzo mail di riferimento: _____

genitori di:

Cognome e nome del bambino _____ nato a _____ il _____
Cod. Fiscale _____ residente a _____
via _____ n° _____ Bambino non ancora nato: nascita presunta entro il: _____

CHIEDONO per l'anno scolastico 2020/2021, per il proprio figlio, l'iscrizione:
(barrare il/i servizi che interessano):

al Nido d'Infanzia Comunale

Al Centro Giochi
In via esclusiva

Al Centro Giochi
Solo in caso di collocamento in lista
d'attesa per il nido.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, sulla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARANO CHE:

→ LE condizioni di salute del bambino sono le seguenti: (evidenziare lo stato di normalità, o particolari condizioni fisiche e psichiche se ritenute importanti – allegare certificati medici) _____

→ IL medico del bambino è: (Cognome e nome): _____ tel _____

→ IL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE E' COMPOSTO DA:

Nome e cognome	data di nascita	Professione, o istituto scolastico frequentato (se studenti- a.s. 2020-2021)	grado di parentela col bambino

→ Nucleo familiare in cui manca uno dei genitori: specificare il motivo dell'assenza: (in caso di separazione/divorzio: allegare copia sentenze) _____

→ E' in corso una nuova gravidanza e la nascita è prevista per il mese di (allegare certificato) _____

→ Il bambino è in affido: note _____

→ Il seguente componente il nucleo familiare si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: nome _____ grado di invalidità _____ (allegare certificato). E' ricoverato in istituto? si no

ANNOTAZIONI EVENTUALI _____

→ Il bambino era in lista d'attesa nel servizio comunale l'anno precedente ? si no

LA CONDIZIONE PROFESSIONALE DEL PADRE E' LA SEGUENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoro a tempo indeterminato o determinato/continuativo | <input type="checkbox"/> occupazione stabile in proprio |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato o neo lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> iscritto al collocamento |
| <input type="checkbox"/> pensionato o inabile | <input type="checkbox"/> studente con obbligo frequenza |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ | |

(PER I LAVORATORI DIPENDENTI)

QUALIFICA: _____

Ente o ditta in cui lavora: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

(PER I LAVORATORI AUTONOMI O COADIUVANTI)

PROFESSIONE: _____ data inizio _____

Ditta o impresa: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

PER TUTTI I LAVORATORI: Orario di lavoro (esclusi straordinari)

MATTINO dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ POMERIGGIO dalle ore _____, _____ alle ore _____, _____ NOTTE dalle ore

_____, _____ alle ore _____, _____ Turno giornaliero di lavoro: ore lavorative giornaliere _____, _____ giorni lavorativi

settimanali _____ ore lavorative settimanali _____, _____

Particolare situazione lavorativa del padre: (se sussistono, allegare dichiarazione del datore di lavoro)

Assenze prolungate sistematiche: Da tre a cinque mesi all'anno Più di cinque mesi all'anno

Assenze periodiche sistematiche: (CON PERNOTTAMENTO FUORI CASA) : Da 7 giorni al mese 15 o più giorni al mese

ANNOTAZIONI: _____

LA CONDIZIONE PROFESSIONALE DELLA MADRE E' LA SEGUENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoro a tempo indeterminato o determinato/continuativo | <input type="checkbox"/> occupazione stabile in proprio |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato o neo lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> iscritto al collocamento |
| <input type="checkbox"/> pensionato o inabile | <input type="checkbox"/> studente con obbligo frequenza |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ | |

(PER LE LAVORATRICI DIPENDENTI)

QUALIFICA: _____

Ente o ditta in cui lavora: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

(PER LE LAVORATRICI AUTONOME O COADIUVANTI)

PROFESSIONE: _____ data inizio _____

Ditta o impresa: denominazione _____ tel _____

Sede legale: località _____ Via _____

PER TUTTI I LAVORATORI: **Orario di lavoro (esclusi straordinari)**

MATTINO dalle ore ____,__ alle ore ____,__ POMERIGGIO dalle ore ____,__ alle ore ____,__ NOTTE dalle ore ____,__ alle ore ____,__ **Turno giornaliero di lavoro:** ore lavorative giornaliere ____,__ giorni lavorativi settimanali ____,__ ore lavorative settimanali ____,__

Particolare situazione lavorativa della madre: (se sussistono, allegare dichiarazione del datore di lavoro)

Assenze prolungate sistematiche: Da tre a cinque mesi all'anno Più di cinque mesi all'anno

Assenze periodiche sistematiche: (CON PERNOTTAMENTO FUORI CASA) : Da 7 giorni al mese 15 o più giorni al mese

ANNOTAZIONI EVENTUALI: _____

LA SITUAZIONE DEI NONNI E' LA SEGUENTE:

NONNO PATERNO : Nome e cognome _____ professione _____
 Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
 luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
 o altri problemi di salute: _____

NONNA PATERNA : Nome e cognome _____ professione _____
 Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
 luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
 o altri problemi di salute: _____

NONNO MATERNO : Nome e cognome _____ professione _____
 Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
 luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
 o altri problemi di salute: _____

NONNA MATERNA : Nome e cognome _____ professione _____
 Ditta presso cui lavora _____ data di nascita _____
 luogo di residenza/indirizzo completo: _____
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità _____
 o altri problemi di salute: _____

ANNOTAZIONI : _____

**SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO E IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLA RETTA:
 (RETTE IN VIGORE PER L'A.S. 2019/2020):**

Fascia	Retta nido	Retta Centro Giochi
ISEE inferiore a € 6.000,00	€ 105,00	€ 73,50
Da ISEE € 6.001,00 a ISEE € 29.999,99	Personalizzata proporzionale in base all'ISEE	Personalizzata proporzionale in base all'ISEE
Superiore a ISEE € 30.000,00	€ 500,00	€ 350,00

Ingresso anticipato € 53,00 per tutto l'anno scolastico.

Riduzione del 30% da applicare al fratello minore e successivi se frequentanti la stessa scuola
Riduzione del 30% nel primo mese di frequenza per i bambini nuovi iscritti

In caso di 0 presenze in un mese, la riduzione sulla retta sarà del 70% .
 In caso di presenze da 1 a 10 giorni in un mese, la riduzione sulla retta sarà del 40%
 Da 11 presenze in su, non verrà applicata nessun a riduzione.

RICORDIAMO che per avere la riduzione sulla retta di frequenza al Nido è necessario essere in possesso dell'attestazione ISEE calcolata ai sensi del DPCM 159/13, entro il mese di GIUGNO 2020.

N.B: la possibilità di riduzione sulla retta di frequenza è riservata ai residenti.

- I richiedenti l'iscrizione si impegnano a corrispondere all'Amministrazione Comunale la retta che, sulla scorta di quanto previsto dai vigenti regolamenti comunali, verrà loro assegnata.

Obbligo vaccinale – L.R. 19 del 25/11/16 art. 6

I sottoscritti si impegnano a sottoporre il proprio/a figlio/a alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente. In caso di accoglimento della domanda, SI IMPEGNANO a presentare all'Uff. Scuola il certificato vaccinale entro l'inizio dell'anno scolastico (1.09.2020).

I sottoscritti dichiarano inoltre di essere consapevoli che, ai sensi della L.R. 25.11.16 n. 29 (art. 6 comma 2), l'iscrizione e la frequenza ai servizi Educativi e Ricreativi pubblici e privati per la prima infanzia è condizionata all'assolvimento degli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente, e che pertanto il mancato rispetto dei suddetti obblighi comporta la decadenza della domanda presentata e/o del posto assegnato.

- I sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che quanto affermano in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero, ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR 445/2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

- I sottoscritti dichiarano inoltre di aver preso visione delle informazioni contenute nella "Guida per la compilazione della richiesta d'iscrizione al Nido d'Infanzia – Centro Giochi Comunale "Elefantino".

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Quattro Castella, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta ad informare che l'utilizzo dei suoi dati personali avverrà secondo quanto indicato nella sezione "Privacy" del proprio sito istituzionale.

Data _____

FIRMA DEI GENITORI (o di chi ne fa le veci)

Il padre

La madre

N.B: Qualora la presente domanda NON venga firmata davanti al funzionario preposto al ricevimento della stessa, si deve allegare copia di un documento di identità, valido, dei firmatari.

I dati e le informazioni riportati sulla presente domanda vengono utilizzati ESCLUSIVAMENTE a fini istituzionali e per la concessione dei servizi richiesti, a tutela della "privacy", ai sensi della vigente normativa in materia.

Domanda n. _____
Ricevuta in data _____

Il funzionario ricevente



COMUNE DI QUATTRO CASTELLA
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Area Educativa Sportiva Culturale

Ricevuta della domanda di ammissione al Nido

(verrà compilata dal funzionario ricevente e restituita ai genitori dopo
l'assegnazione del numero).

Quattro Castella, lì _____

Si attesta che: _____

Ha presentato domanda relativa a: **Nido d'Infanzia - Centro Giochi**

Domanda numero: _____

Questo numero servirà per identificare la domanda nella graduatoria di ammissione al Nido d'Infanzia-Centro Giochi, che verrà pubblicata sul sito internet dell'Ente:

-graduatoria provvisoria: dal 12/02/2020 al 26/02/2020

-graduatoria definitiva: dal 09/03/2020.

Il Funzionario Ricevente

Allegati:

NOTE _____

