

# ASILO NIDO COMUNALE

--	--	--



Via G.Carducci,10/A  
 37060 Lugagnano di Sona (VR)  
 Tel 045.984933  
 E- mail: arcobaleno@linfanzia.it



**COMUNE DI SONA**  
**Ass.Politiche Sociali**

**Coop. Sociale L'INFANZIA**

## DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2024 – 2025

(SCRIVERE IN STAMPATO MAIUSCOLO)

I sottoscritti

Padre COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Madre COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Tutore/affidatario COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Del bambino/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ F  M

CODICE FISCALE DEL BAMBINO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazionalità \_\_\_\_\_ **Residente**  **Non Residente**  Comune di \_\_\_\_\_

Frazione \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono/cell Mamma \_\_\_\_\_ telefono/cell Papà \_\_\_\_\_

telefono Casa \_\_\_\_\_ Email (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**CHIEDONO** l'ammissione del bambino/a all'asilo nido comunale "SULL'ARCOBALENO"  
 con il seguente orario:

<input type="checkbox"/> Classico:	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.15
	Uscita	dalle ore 15.30 alle ore 16.00
<input type="checkbox"/> Ridotto mattino	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.15
	Uscita	dalle ore 12.30 alle ore 13.00
<input type="checkbox"/> Prolungato: n° giorni _____	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.15
	Uscita	alle ore 16.30 <input type="checkbox"/>
Specificare i pomeriggi: <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì		alle ore 17.45 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 giorni alla settimana (solamente se a seguito della chiusura del termine delle iscrizioni soggette a graduatoria, le richieste di iscrizione risultino inferiori a n. 59 posti corrispondenti al numero dei posti convenzionati)	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.15
	Uscita	alle ore 13.00 <input type="checkbox"/> alle ore 16.00 <input type="checkbox"/>

Ai fini della compilazione della graduatoria, secondo i criteri previsti dal Regolamento Comunale, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

**DICHIARA**

che la propria famiglia CONVIVENTE è composta da (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

<b>PADRE</b> _____ nato a _____ il _____	
Residente a _____ (specificare solo se diverso da quello del bambino/a)	
Professione _____	
Ditta presso la quale lavora _____ sede _____	
Orario di lavoro	<input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time - <b>n. ore settimanali</b> _____ ( <b>inferiore a 30 ore settimanali</b> ) <input type="checkbox"/> turnista - <b>n. ore settimanali</b> _____ <input type="checkbox"/> Laureato specializzando specificare se part/time e numero ore o tempo pieno _____
Tipo di lavoro	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> coltivatore diretto <input type="checkbox"/> disoccupato/ iscritto al Centro per l'Impiego/ mobilità / cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
<b>MADRE</b> _____ nata a _____ il _____	
Residente a _____ (specificare solo se diverso da quello del bambino/a)	
Professione _____	
Ditta presso la quale lavora _____ sede _____	
Orario di lavoro	<input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time - <b>n. ore settimanali</b> _____ ( <b>inferiore a 30 ore settimanali</b> ) <input type="checkbox"/> turnista - <b>n. ore settimanali</b> _____ <input type="checkbox"/> Laureata specializzanda specificare se part/time e numero ore o tempo pieno _____
Tipo di lavoro	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> coltivatrice diretta <input type="checkbox"/> disoccupata/ iscritta al Centro per l'Impiego/ mobilità / cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

indicare tutte le persone che vivono stabilmente nel nucleo familiare anche se non compaiono nello stato famiglia dell'Anagrafe:

Altri familiari (indicare il grado di parentela con il minore)	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA

Ai fini della compilazione della graduatoria, secondo i criteri previsti dal Regolamento Comunale, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

### DICHIARA

che la famiglia presenta le seguenti caratteristiche:

1. disabilità del bambino documentata con apposita certificazione rilasciata dalle strutture competenti ai sensi della Legge n. 104/1992 art.3 comma 3  sì  no
2. grave situazione di rischio o svantaggio sociale certificata dal Servizio Sociale di base del Comune di Sona;  sì  no
3. Posizione lavorativa dei genitori al momento della presentazione della domanda;  sì  no
4. Situazione economica familiare, allegando dichiarazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del DPCM 159/2013 o altro strumento integrativo per definire le condizioni economiche e sociali della famiglia.  sì  no
5. Presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità media, grave o non autosufficienti come definite dall'allegato 3 al DPCM n.159/2013  sì  no
6. Bambino collocato nell'ultima graduatoria e rimasto escluso dall'inserimento al Nido;  sì  no
7. Bambine/bambini gemelli iscritti contemporaneamente al Nido;  sì  no
8. Il bambino per cui si presenta domanda di ammissione è fratello di un altro bambino frequentante il nido nello stesso anno educativo per cui la famiglia presenta domanda;  sì  no
9. Presenza nel nucleo familiare di minori non frequentanti il nido con età pari o inferiore ai tre anni considerando come riferimento la data della domanda.  sì  no

#### Solo per i **NON RESIDENTI**

1. genitore stabilmente occupato nel territorio del Comune di Sona;  sì  no
2. entrambi i genitori stabilmente occupati nel territorio del Comune di Sona;  sì  no

### DICHIARA

- di allegare la dichiarazione ISEE per beneficiare di punteggio per la graduatoria
- di non voler presentare l'attestazione ISEE

#### DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

- per poter beneficiare di una retta di frequenza agevolata e di un punteggio per la graduatoria è necessario allegare alla domanda la dichiarazione ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) **dell'anno in corso.**
- **Il Comune di SONA si riserva di effettuare verifiche sulla situazione dichiarata.**
- in mancanza di presentazione ISEE sarà applicata la retta massima e, per quanto attiene alle graduatorie, con riferimento all'ISEE, sarà attribuito un punteggio pari a 0;
- le ammissioni avverranno in base alle graduatorie stilate secondo i criteri previsti in Regolamento e secondo il principio dell'omogeneità dei gruppi;
- alla consegna di suddetto modulo verrà richiesto il versamento di una **quota di iscrizione pari ad € 80,00** che sarà trattenuta in caso di rinuncia del posto da parte dei genitori nei tempi e modi comunicati dalla coordinatrice.
- A seguito dell'inserimento in graduatoria del bambino e della comunicazione alla famiglia della retta mensile da pagare, la stessa dovrà confermare l'iscrizione, versando una retta di cauzione (senza maturazione di interessi) che verrà tenuta in deposito dal Concessionario e restituita alla conclusione del

ciclo di frequenza oppure trattenuta qualora il bambino venga ritirato prima della conclusione dell'anno educativo o non inserito per scelta della famiglia (come da Regolamento)

### DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento comunale e del Tariffario Rette sul sito della Cooperativa o del Comune e di essere a conoscenza dei loro contenuti. (Si comunica che il regolamento entrerà in vigore ai sensi dell'art.67 comma 3 dello Statuto comunale)
- aver ricevuto "Informativa sulle modalità di pagamento"

La presente domanda deve essere consegnata presso il nido su appuntamento **entro il 15 maggio 2024 alle ore 13.00** con documentazione completa per redigere la graduatoria.

Ulteriori domande pervenute oltre il limite di presentazione, verranno comunque valutate in base ai posti disponibili.

### ALLEGA ALLA PRESENTE:

- attestazione **ISEE** ai fini della elaborazione della graduatoria
- copia **codice fiscale** del bambino e di entrambi i genitori
- modulo dichiarazione - **misure straordinarie per il recupero delle coperture vaccinali**
- eventuale certificazione ai sensi della L.104/92 della disabilità psicofisica del bambino
- eventuale certificazione di persone conviventi con handicap psicofisico
- eventuale documentazione attestante lo stato di disoccupato, iscritto alle liste di collocamento/mobilità/cassa integrazione/agenzia interinale
- dichiarazione Pagamento Retta

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SI DICHIARA inoltre

DI AVER PRESO VISIONE della seguente Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_