

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

ASILO NIDO COMUNALE



Comune di Castelnuovo del Garda


 Asilo Nido Castelfiorito
 Via Cesare Pavese, 8
 Castelnuovo del Garda (Vr)
 tel. 045 -7571289

Marchio Famiglia
 riconosciuto dalla Regione
 Veneto

DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2022 – 2023

(SCRIVERE IN STAMPATO MAIUSCOLO)

I sottoscritti (Cognome e nome)

 Padre COGNOME _____ NOME _____

 Madre 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 "CASTELFIORITO"
 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"/> Ridotto pomeriggio Sarà attivato su richiesta di un numero minimo di tre bambini iscritti | Accoglienza | dalle ore 13.00 alle ore 13.30 |
| | Uscita | dalle ore 17.00 alle ore 18.00 |
| <input type="checkbox"/> Prolungato: n° giorni _____ Specificare i pomeriggi: <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> venerdì | Accoglienza | dalle ore 7.30 alle ore 9.15 |
| | Uscita | alle ore 16.30 <input type="checkbox"/> alle ore 17.00 <input type="checkbox"/> alle ore 18.00 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> 3 giorni alla settimana | Accoglienza | dalle ore 7.30 alle ore 9.15 |
| | Uscita | alle 13.00 <input type="checkbox"/> alle 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)

| | |
|---|---|
| PADRE _____ 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 - n. ore settimanali _____ (inferiore 30 ore settimanali) <input type="checkbox"/> turnista <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) _____ |
| MADRE _____ 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 - n. ore settimanali _____ (inferiore 30 ore settimanali) <input type="checkbox"/> turnista <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 psico-fisica del minore certificata ai sensi della L. 104/92 sì no
2. grave situazione di disagio sociale:
 - già certificata dal Servizio Sociale di Base del Comune sì no
 - in fase di valutazione del Servizio Sociale di Base del Comune sì no
3. il minore è riconosciuto da un solo genitore sì no
4. entrambi i genitori svolgono attività lavorativa sì no
5. presenza in famiglia di persone con handicap psico-fisico permanente di cui all'art. 3 L. 104/92 o con invalidità superiore al 66% sì no
6. presenza nel nucleo familiare di altri soggetti in età prescolare al momento della data presunta di inserimento al nido del minore per il quale si presenta la domanda sì no
7. in lista di attesa da graduatoria precedente sì no
8. il bambino per cui si presenta domanda di ammissione all'asilo nido è gemello sì no
9. il minore per cui si presenta domanda di ammissione è fratello di un altro bimbo frequentante il nido nello stesso anno educativo per cui la famiglia presenta la domanda sì no
10. altre segnalazioni che la famiglia ritenga opportuno evidenziare al fine dell'inserimento al nido _____

Solo per i **NON RESIDENTI**

11. che il nucleo familiare trasferirà la propria residenza nel Comune di Castelnuovo d/G entro il _____

DICHIARA per beneficiare di punteggio per la graduatoria

- di allegare la dichiarazione ISEE
- 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 aver presentato il Fattore Famiglia. **Il Comune di Castelnuovo d/G. si riserva di effettuare verifiche sulla situazione dichiarata.**
- in mancanza di presentazione Fattore Famiglia 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;

- successivamente alla presentazione del MODULO DI AMMISSIONE verrà richiesto il versamento di una **quota di iscrizione pari ad €60,00** tramite bonifico bancario per il quale saranno comunicati i dati. La quota sarà trattenuta in caso di rinuncia del posto da parte dei genitori. Sarà restituita in caso di non ammissione da parte del servizio.
- in seguito alla comunicazione ammissione sarà richiesto il **versamento di una retta anticipata** a conferma definitiva dell'iscrizione, con modalità e tempi che vi saranno comunicati dalla coordinatrice. La retta anticipata verrà restituita l'ultimo mese di frequenza del nido. In caso di ritiro prima della conclusione dell'anno educativo verrà trattenuta (come da Regolamento).

DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento comunale sul sito della Cooperativa o del Comune e di essere a conoscenza dei suoi contenuti
- di aver preso visione dell'allegato Regolamento Comunale Tabella C-Rette di frequenza e del Piano tariffario
- di aver ricevuto "Informativa sulle modalità di pagamento"

La presente domanda deve essere consegnata presso il nido su appuntamento o inviata tramite posta elettronica a castelfiorito@linfanzia.it entro il **31 maggio 2022 alle ore 13:00** con documentazione richiesta completa.

Le domande consegnate oltre tale data saranno inserite in lista d'attesa e verranno valutate in base ai posti disponibili.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- attestazione ISEE in corso di validità 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 permanente
- eventuale documentazione attestante lo stato di disoccupato, iscritto alle liste di collocamento/mobilità/cassa integrazione/agenzia interinale
- dichiarazione Pagamento Rette

DICHIARA ai fini della definizione del calcolo della RETTA

- di presentare FATTORE FAMIGLIA
- di **NON** voler presentare FATTORE FAMIGLIA

I sottoscritti _____ in qualità di _____ del/la bambino/a _____ dichiarano di aver preso visione dell'informativa ai sensi del **Regolamento UE 2016/679** al seguente link: <http://www.linfanzia.it/privacy-policy/> e di porre il consenso al trattamento dei dati propri e del minore.

DATA _____

FIRMA EDITABILE DI ENTRAMBI I GENITORI
(valida come autografa)

