



## Consorzio Sociale Agora S10

### MODULO ISCRIZIONE SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA SERVIZIO "MICRO NIDO 3-36 MESI" Anno Educativo 2023/2024 (DICHIARAZIONI AI SENSI DEGLI artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

#### Il sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Tipo documento \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di:

- genitore  
 altro (specificare: \_\_\_\_\_ )

CHIEDE

l'iscrizione del/la bambino/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
PROV. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ Stato Estero \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ PROV. ( \_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_

al Micro Nido d'Infanzia di:

**(barrare una sola opzione)**

- PALOMONTE, con apertura giornaliera di 8 ore, per 5 giorni a settimana (n. 29 posti);  
 SAN GREGORIO MAGNO, con apertura giornaliera di 8 ore, per 5 giorni a settimana (n. 15 posti);  
 COLLIANO, con apertura giornaliera di 8 ore, per 5 giorni a settimana (n. 15 posti);  
 SANTOMENNA, con apertura giornaliera di 8 ore, per 5 giorni a settimana (n. 15 posti);

#### 1. AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL NUCLEO FAMILIARE DA COMPILARSI A CURA DEL RICHIEDENTE PER IL MINORE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

A. CHE IL/LA BAMBINO/A E' FIGLIO/A UNICO/A? SI  NO   
se la risposta è NO:

numero fratelli \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

numero sorelle \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

numero di fratelli già iscritti al micro nido \_\_\_\_\_ e loro nominativi

--

- nuova gravidanza in corso..... SI  NO

- è gemello ..... SI  NO

- il bimbo è in situazione di disabilità ..... SI  NO

**B. CHE I GENITORI SONO:**

nome e cognome del PADRE \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PROV. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel: CASA LAVORO CELLULARE \_\_\_\_\_

nome e cognome della MADRE \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PROV. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel: CASA LAVORO

CELLULARE \_\_\_\_\_

**C. CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL NUCLEO FAMILIARE**

N.B. Per nucleo familiare si intendono i soggetti tra i quali intercorre un rapporto di filiazione legittima, naturale o adottiva.

Nucleo familiare

(segnare la tipologia)

Entrambi i genitori viventi;

Genitori divorziati/separati legalmente;

Decesso di un componente della coppia;

Componente della coppia in carcere;

Componente della coppia emigrato all'estero;

Ragazza madre /ragazzo padre;

N.B. Non viene riconosciuta la condizione di "nucleo monoparentale" nel caso in cui i genitori siano sposati e iscritti in separati stati di famiglia oppure il genitore, che ha in affidamento il bambino, conviva con altra persona.

**Presenza nel nucleo familiare di uno o più minori disabili (invalidità superiore al 67%)**

**Bambino/a con:**

Un genitore in situazione di invalidità o disabilità (in possesso di certificazione sanitaria che attesti la condizione di non autosufficienza);

Entrambi i genitori in situazione di invalidità o disabilità (in possesso di certificazione sanitaria che attesti la condizione di non autosufficienza);

**D. SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI**

- Un solo genitore che lavora
- a tempo pieno part time
  
- entrambi i genitori che lavorano
- a tempo pieno (entrambi) part time (entrambi)
- a tempo pieno (uno solo) part time (uno solo)
  
- entrambi i genitori disoccupati o inoccupati

IL BAMBINO/A

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ PROV. ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

è stato sottoposto alle regolari vaccinazioni obbligatorie ai sensi del D.L. 73/2017, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31/07/2017

Eventuali patologie da segnalare: \_\_\_\_\_

**3. PERSONE DELEGATE AL RITIRO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Padre/Madre del bambino/a

**DELEGO E AUTORIZZO**

1) Il/La Signor/a \_\_\_\_\_ Documento d' Identità tipo

Numero \_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_

**a ritirare mio figlio/a;**

2) Il/La Signor/a \_\_\_\_\_ Documento d' Identità tipo

Numero \_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_

**a ritirare mio figlio/a;**

FAC SIMILE

#### 4.INFORMATIVA

##### a. TARIFFE MICRO NIDO – in vigore\*:

Fasce ISEE	RETTA MENSILE
	€ 440,00
Reddito € 0,00	€ -
da € 0,01 a € 8.000,00	€ 73,00
da € 8.000,01 a € 16.000,00	€ 146,00
da € 16.000,01 a € 24.000,00	€ 219,00
da € 24.000,01 a € 32.000,00	€ 292,00
da € 32.000,01 a € 40.000,00	€ 365,00
Oltre € 40.000,00	€ 440,00
<i>* la retta di compartecipazione è calcolata sul 50% dell'intero importo, al fine di agevolare le famiglie all'utilizzo del servizio; pertanto l'importo giornaliero previsto dalla DGRC n. 107 del 23/04/2014 in € 38,73 è, ai fini della compartecipazione, arrotondato a € 20,00</i>	
<i>** la retta è calcolata su un tempo pieno di 8h al giorno e il costo dell'eventuale pranzo è a carico delle famiglie.</i>	
<i>***la restante parte della retta sarà coperta dal cofinanziamento pubblico dei servizi (ad es. Fondi S.I.E.I., Progetti PAC, progetti finanziati con il F.U.A., altre sovvenzioni da finanziamenti Nazionali, regionali e dell'UE, ecc.)</i>	

\* Nuove Tariffe regolamentate con delibera dell'Assemblea Consortile n.8 del 13.07.2023.

**L'ammissione e la frequenza al servizio di micro nido è subordinata all'accettazione della RETTA DI FREQUENZA ed al regolare pagamento della stessa che dovrà avvenire mensilmente, entro il 5 mese successivo, sempre attraverso il portale PAGO PA.**

**Il pagamento della retta NON può essere sospeso.**

Sarà a cura dell'Ente gestore del servizio rilevare e comunicare all'Ufficio di Piano consortile la mancata frequenza del servizio **oltre 15 (quindici) giorni consecutivi**. Il soggetto gestore è tenuto ad acquisire, direttamente dai genitori, le formali comunicazioni e/o certificazioni probatorie e trasmetterle entro giorni 7 (sette) all'Ufficio, procedendo eventualmente a sollecitare i genitori del minore, o chi ne fa le veci, alla regolarizzazione delle posizioni entro ulteriori giorni 7 (sette).

Decorso inutilmente tale ulteriore termine, l'ente gestore proporrà la decadenza d'ufficio del minore dall'elenco degli iscritti, a beneficio di ulteriori iscritti in lista d'attesa.

In assenza di riscontro da parte delle famiglie l'Ufficio di Piano consortile procederà d'ufficio alla cancellazione del minore dall'elenco degli iscritti.

Si specifica che sarà a cura del soggetto gestore dei Micro Nidi l'organizzazione del **SERVIZIO MENSA il cui costo è a totale carico delle famiglie.**

##### b. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

Le domande di ammissione al servizio possono essere presentate esclusivamente attraverso il portale PAGO PA accessibile dal sito internet del Consorzio Sociale AGORA' S10 ([www.agoras10.it](http://www.agoras10.it)) con lo SPID o Carta d'identità Elettronica Nazionale (CIE) del richiedente, spuntando nell'oggetto la sede prescelta :

- DOMANDA DI AMMISSIONE MICRO NIDO COMUNE DI PALOMONTE (A.E. 2023-2024)
- DOMANDA DI AMMISSIONE MICRO NIDO COMUNE DI SAN GREGORIO MAGNO (A.E. 2023-2024)
- DOMANDA DI AMMISSIONE MICRO NIDO COMUNE DI COLLIANO (A.E. 2023-2024)
- DOMANDA DI AMMISSIONE MICRO NIDO COMUNE DI SANTOMENNA (A.E. 2023-2024)

Data \_\_\_\_\_

Informativa sul trattamento dei dati personali (Privacy)

I dati dichiarati verranno custoditi e trattati nel rispetto delle disposizioni del nuovo Regolamento sulla Privacy 2018 UE 2016/679 ai fini del procedimento per i quali sono stati richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

Allega:

1. Attestazione ISEE con annessa DSU prodotte ai sensi di legge;
2. Certificato di regolarità dell'obbligo vaccinale per la frequenza al nido, ai sensi della L. 11/2017 (la mancata presentazione della documentazione nei termini previsti determina la decadenza dell'iscrizione e l'ammissione del bambino al servizio di micro nido) .
4. Eventuali segnalazione di gravi o particolari patologie (insufficienza cardiaca, periodo post-operatorio, allergie e/o intolleranze, etc.);
5. Eventuali certificazioni mediche attestanti lo stato di disabilità del minore;
6. Copia degli atti giudiziari attestanti i diritti dei singoli genitori sui bambini per i genitori separati e divorziati a tutela loro e dei minori con allegata dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 attestante che la copia trasmessa è conforme all'originale ;
7. Copia documento d'identità in corso di validità

FAC SIMILE

**AUTODICHIARAZIONE PUNTEGGIO**

CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO MAX	PUNTEGGIO AUTODICHIARATO
Presenza di minori nel nucleo familiare, di età inferiore a 18 anni (anche adottato e/o in affido): <b>punti 1 per ogni componente minore</b>	5	
Nucleo familiare monogenitoriale ( <i>orfano di un genitore, madre nubile o padre celibe con figlio non riconosciuto dall'altro genitore naturale</i> ) documentata anagraficamente): <b>punti 3</b>	3	
Presenza nel nucleo familiare di uno o più minori disabili: <b>punti 3</b>	3	
Presenza di genitori che lavorano ( <b>2 punti per un solo genitore, 5 punti per entrambi</b> )	5	
Bambini già frequentanti il servizio nell'anno precedente senza irregolarità rilevate ( <i>nel caso di frequenza inferiore al 70% dei giorni previsti dal calendario scolastico, non verrà riconosciuto alcun punteggio</i> )	6	
Bambini con uno o entrambi i genitore/i in situazioni di invalidità o disabilità, con attestazione sanitaria di non autosufficienza	3	
<i>ISEE</i>		
<i>Fino a € 8.000,00</i>	5	
<i>da € 8.000,01 a € 16.000,00</i>	4	
<i>da € 16.000,01 a € 24.000,00</i>	3	
<i>da € 24.000,01 a € 32.000,00</i>	2	
<i>da € 32.000,01 a € 40.000,00</i>	1	
<i>Oltre € 40.000,01</i>	0	

FACSIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)  
A CURA DEL PADRE

L'anno duemilaventidue, il giorno del mese di io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_

valendomi della facoltà concessa dall'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 ed a conoscenza che in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiaro sotto mia personale responsabilità:

1) di essere stato assunto presso \_\_\_\_\_ avente sede legale in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

con contratto a tempo determinato/indeterminato con la qualifica di \_\_\_\_\_

se determinato indicare il periodo: da \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

se indeterminato indicare la data di inizio rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

di svolgere la propria attività lavorativa nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**di essere consapevole che la dichiarazione mendace comporta l'esclusione dalla graduatoria;**

Data \_\_\_\_\_

FAC SIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)  
A CURA DELLA MADRE

L'anno duemilaventidue, il giorno del mese di io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

valendomi della facoltà concessa dall'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 ed a conoscenza che in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

1) di essere stato assunto presso \_\_\_\_\_ avente sede legale in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

con contratto a tempo determinato/indeterminato con la qualifica di \_\_\_\_\_

se determinato indicare il periodo: da \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

se indeterminato indicare la data di inizio rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

di svolgere la propria attività lavorativa nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**di essere consapevole che la dichiarazione mendace comporta l'esclusione dalla graduatoria;**

Data \_\_\_\_\_

FAC SIMILE



**Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni**  
**(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000). E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 e

**DICHIARA**

che la famiglia è composta come risulta dal seguente prospetto;

Nr.	Nome e Cognome	Luogo di Nascita	Rapporto	Parentela
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____

Luogo li, \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000). Se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).