



**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) 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 affidato): punti 1 per ogni componente minore	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): punti 3	3	
Presenza nel nucleo familiare di uno o più minori disabili: punti 3	3	
Presenza di genitori che lavorano (2 punti per un solo genitore, 5 punti per entrambi)	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).