



COMUNE DI VILLAFRATI
CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
SETTORE AMMINISTRATIVO
SERVIZIO 5

DOMANDA DI AMMISSIONE AL
SERVIZIO ASILO NIDO COMUNALE DI VILLAFRATI

Anno Educativo _____ / _____

(COMPILARE LA DICHIARAZIONE IN STAMPATELLO)
IL /LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____ nata/o il _____

A _____ prov _____ Stato di nascita _____ residente a _____ prov _____

in via _____ CF _____

Cell. _____ e-mail _____

Eventuale indirizzo domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____

In qualità di ☐ madre ☐ padre ☐ affidatario ☐ tutore ☐ curatore del/la bambino/a

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____

Prov _____ Stato di nascita _____ residente a _____ Prov _____

in via _____ CF _____

CHIEDE

L'ammissione dello stesso alla frequenza dell'asilo nido comunale;

A TAL FINE DICHIARA:

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;

1) Che gli altri componenti il nucleo familiare anagrafico sono:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela con il/la bambino/a

2) Che la situazione reddituale del nucleo familiare relativa all'anno precedente a quello dell'istanza è fedele all'attestazione ISEE definita in corso di validità che si allega / non si allega (cancellare la voce che non interessa).

Avvertenza: Nel caso di genitori coniugati ma con diversa residenza anagrafica, il reddito complessivo su cui calcolare la retta sarà quella del nucleo familiare con entrambi i genitori. Analogamente si procederà nel caso di genitori non coniugati facenti parte di due diversi nuclei familiari, salvo i casi in cui la potestà genitoriale è ascrivita a uno solo dei genitori.

3) Ai sensi dell'attribuzione delle precedenza e dei punteggi per l'inserimento in graduatoria, dichiara altresì che il bambino/a per cui si richiede l'ammissione (barrare una o più caselle e completare, ove richiesto, le parti che interessano)

☐ ha disabilità grave ex art.3 comma 3 L104/92 certificata e a tal fine allega in busta chiusa la documentazione probante.

☐ è orfano di entrambi i genitori.

☐ appartiene a nucleo familiare in grave difficoltà nei compiti di assistenza ed educazione con minori tutelati dal tribunale dei minori o segnalati con motivata relazione dai servizi sociali comunali e pertanto allega in busta chiusa la disposizione del tribunale dei minori o relazione dei servizi sociali.

☐ appartiene a nucleo familiare in cui sono presenti soggetti conviventi bisognosi di assistenza continua e in situazione di disabilità grave certificata ex art.3 comma 3 L.104/92 e pertanto allega in busta chiusa la documentazione probante.

☐ appartiene a nucleo familiare monoparentale (presenza di un solo genitore, qualora si accerti che quest'ultimo risulti anche di fatto, non convivente con altre persone, siano essi parenti o estranei) in quanto genitore.

☐ vedova/o.

☐ nubile/celibe con figlia/o non riconosciuta/o dall'altro genitore.

☐ divorziata/o (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____).

☐ legalmente separata/o (con sentenza n° _____ in data _____ Tribunale di _____).

☐ l'altro genitore lavora stabilmente lontano dal luogo di residenza con permanenza diurna e notturna nel luogo di lavoro con sede _____.

☐ l'altro genitore è detenuto presso _____.

☐ l'altro genitore si trova presso la comunità terapeutica _____.

☐ ha entrambi i genitori lavoratori a tempo pieno (indicare per ciascuno denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro dipendente o parasubordinato, la P.IVA/CF e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro autonomo, coadiuvante o libero professionista) _____

☐ ha un genitore lavoratore a tempo pieno (indicare denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro dipendente o parasubordinato, la P.IVA/CF e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro autonomo, coadiuvante o libero professionista) e l'altro studente (indicare la scuola / istituto/ università ed il tipo di corso) _____

☐ ha un genitore lavoratore a tempo pieno (indicare denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro dipendente o parasubordinato, la P.IVA/CF e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro autonomo, coadiuvante o libero professionista) e l'altro part-time (indicare denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro) _____

☐ ha entrambi i genitori lavoratori part-time (indicare denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro) _____

☐ ha un solo genitore lavoratore a tempo pieno (indicare denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro dipendente o parasubordinato, la P.IVA/CF e l'indirizzo del luogo di lavoro nel caso di lavoro autonomo,coadiuvante o libero professionista) _____

☐ ha un solo genitore lavoratore part-time (indicare denominazione del datore di lavoro e l'indirizzo del luogo di lavoro) _____

☐ ha fratelli gemelli o di età inferiore a tre anni.

☐ ha n° _____ fratelli da tre a undici anni.

☐ ha fratelli frequentanti l'asilo nido.

4) che il reddito ISEE - quale risulta da attestazione in corso di validità, è pari ad € _____;

5) di essere a conoscenza che, in caso di non residenza nel comune o di mancata consegna dell'attestazione ISEE ovvero di attestazione ISEE non conforme alla disciplina vigente, verrà applicata la tariffa massima prevista;

6) di essere a conoscenza che, se si usufruisce della retta mensile agevolata, ai sensi dell'art.11, commi 3 e 4 del regolamento comunale approvato con delibera del C.C.n.43/2015, in caso di dichiarazioni non veritiere, si procederà ai sensi del D.P.R. n°445/2000, alla revoca dei benefici percepiti;

7) di impegnarsi a corrispondere la retta mensile rispetto al reddito ISEE percepito, quale risulta da attestazione ISEE in corso di validità, che sarà definita dall'ufficio amministrativo asilo nido secondo la determinazione delle rette approvate con delibera dalla G.M.n.67/2015;

ovvero

8) di impegnarsi a corrispondere una retta mensile di € 220,00 poiché il proprio reddito ISEE è pari e/o superiore a € 24.000,00/ISEE non presentato/non residente;

9) di essere a conoscenza che la retta mensile deve essere corrisposta in via anticipata, entro e non oltre il 10 di ogni mese, mediante versamento (deve essere prodotta la relativa ricevuta): - su c/c postale n°15575905 intestato a: Comune di Villafrati – Gestione Asili nido - su c/c bancario IBAN IT 390521643441000009062360 - ;

10) di essere a conoscenza che la retta mensile potrà essere ridotta del 10% in caso di malattia certificata superiore a 15 giorni consecutivi e che tale riduzione sarà riconosciuta nel mese successivo;

11) di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale potrà procedere all'esclusione dal beneficio del servizio nei confronti degli utenti che non avranno provveduto al pagamento della retta dovuta nei predetti termini, fermo restando il diritto al recupero, anche coattivo, delle somme risultanti non pagate;

12) di essere a conoscenza che il pagamento della retta mensile è dovuto anche in caso di mancata fruizione del servizio e che, pertanto, l'obbligo di pagamento decadrà dal mese successivo a quello di presentazione della relativa rinuncia scritta;

13) di essere a conoscenza che non sono previste restituzioni, riduzioni o rimborsi per parziale utilizzo del servizio;

14) di essere a conoscenza che saranno conteggiate, in ragione di 1/22, le ammissioni successive al 1° di ogni mese e le interruzioni del servizio dovute alla chiusura dell'Asilo nido per manutenzioni, scioperi ed altre cause interne di forza maggiore;

15) di essere a conoscenza che non danno diritto alla riduzione della retta le festività del calendario scolastico, le assemblee sindacali del personale le assenze, gli abbandoni e i ritiri non formalizzati;

16) di essere a conoscenza che la retta mensile potrebbe subire delle variazioni;

17) di essere a conoscenza che le assenze del minore prolungate per un periodo superiore a n.15 giorni naturali e consecutivi, non giustificate da motivi di salute opportunamente documentati da certificato medico, comporteranno l'automatica decadenza dal diritto alla conservazione del posto;

18) di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n°196/2003, che i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono richiesti e per le finalità strettamente connesse a tale scopo.

Allega:

-Certificazione ISEE in corso di validità.

-Certificazione medica (in caso di prescrizioni alimentari specifiche).

-Copia di del documento di riconoscimento in corso di validità.

-Certificato di vaccinazione.

Villafrati li _____

Firma _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di autorizzare il Comune di Villafrati a:

- trattare ed usare il materiale fotografico o filmico esclusivamente per motivi di documentazione e pubblicizzazione dell'attività formativa in relazione alle attività svolte;
- consentire ai genitori di effettuare foto e riprese in occasione di manifestazioni scolastiche.

Villafrati li _____

Firma _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali e civili in cui incorrerà in caso di dichiarazione mendace, dichiara ai sensi del n° 445/00 che quanto contenuto nella presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione è vero ed è presentabile su richiesta dall' A. C. , ovvero è dalla stessa accertabile.

Dichiara altresì :

- di essere consapevole che qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità di quanto dichiarato, lo stesso decadrà di benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
- di aver preso visione del Regolamento Comunale di aver compilato l'istanza in ogni parte dallo stesso ritenuta utile ai fini dell'attribuzione delle precedenza e dei punteggi per l'inserimento in graduatoria.

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, _____ nato/a _____

il _____ C.F. _____

residente in _____ via _____ n. _____

tel. _____ e:mail _____

DICHIARA

- di aver ricevuto le informazioni inerenti il trattamento dei dati personali fornite dal Titolare-Comune di Villafrati con sede legale in Villafrati Piazza Umberto I° n. 12, C.F.86000950823, in persona del Responsabile del Settore Amministrativo;
- ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (c.d. "Regolamento generale sul trattamento dei dati personali" o "GDPR") e del D.Lgs.30 /06/2003, n.196, così come modificato ed integrato dal D.Lgs 10/08/2018, N.101 ("Codice in materia di dati
- di essere stato informato che i dati raccolti non verranno utilizzati per finalità diverse da quelle indicate nell'informativa nonché di avere sempre la possibilità di revocare il consenso al trattamento dei dati personali in ogni momento con espressa comunicazione indirizzata al Titolare del trattamento;

☐ **ACCONSENTO**

e manifesto l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile, di accettare, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e 9, GDPR, il trattamento dei dati personali particolari e sensibili che mi riguardano.

☐ **NON ACCONSENTO**

il trattamento dei dati personali particolari e sensibili che mi riguardano.

Letto, confermato e sottoscritto.

Villafrati, li _____

Firma _____

ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ASILO NIDO
ANNO EDUCATIVO _____

ANAMNESI FAMILIARE:

	PADRE	MADRE
PROFESSIONE		
TITOLO DI STUDIO		
STATO DI SALUTE		

ABITAZIONE:

Tipo di casa		
ambienti	n.	
Persone conviventi	n.	
Eventuali spazi aperti di pertinenza dell'abitazione		
Telefono di casa	n.	Cell.
Telefono di emergenza	n.	Risponde:
<div style="text-align: right; margin-top: 20px;">Firma del</div>		
genitore o di chi ne fa le veci		
Annotazioni dell'ufficio:		

ANAMENESI FISIOLOGICA DEL BAMBINO
(COMPILATO DA UN PEDIATRA)

Da gravidanza	
Da parto	
Peso nascita	
Alimentazione	
Divezzamento	
Alvo	
Sviluppo psicofisico	
1 dente	
Deanbulazione	
Parola	
Altro:	
Anamnesi patologica del bambino:	
Firma e timbro del pediatra	

ASILO NIDO COMUNALE DI VILAFRATI
ANNO EDUCATIVO _____

_____ l. _____ sottoscritt _____

A conoscenza del diritto, riconoscimento dallo stato della libera scelta
dell' insegnamento della religione cattolica (art 92 del Concordato 18.02.1984.
ratificato con legge 23.03.1985)

CHIEDE

Che _____ l. _____ propri _____ figli _____ possa

- ☐ AVVALERSI DELL' INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA
- ☐ NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

Villafrati li _____

Firma

ALLEGATO "D"

OGGETTO: PRELEVAMENTO MINORI- DELEGA PER PRELEVAMENTO

Il/La bambino/a dovrà essere prelevato/a dai genitori:

Madre

Sig./ra _____, nato/a _____, il _____,
residente a _____ in Via _____, Tel _____.

Padre

Sig. _____, nato _____, il _____,
residente a _____ in Via _____, Tel _____.

Ovvero dalla/e seguente/i persona/e appositamente delegata/e: in qualità di (nonno/a, zio/a, etc...)

Sig./ra _____, nato/a a _____, il _____,
residente a _____ in Via _____, Tel _____.

Sig./ra _____, nato/a a _____, il _____,
residente a _____ in Via _____, Tel _____.

Sig./ra _____, nato/a a _____, il _____,
residente a _____ in Via _____, Tel _____.

Sig./ra _____, nato/a a _____, il _____,
residente a _____ in Via _____, Tel _____.

N.B. Allegare documento di riconoscimento valido per ogni delegato.

Villafraati li _____

Firma _____