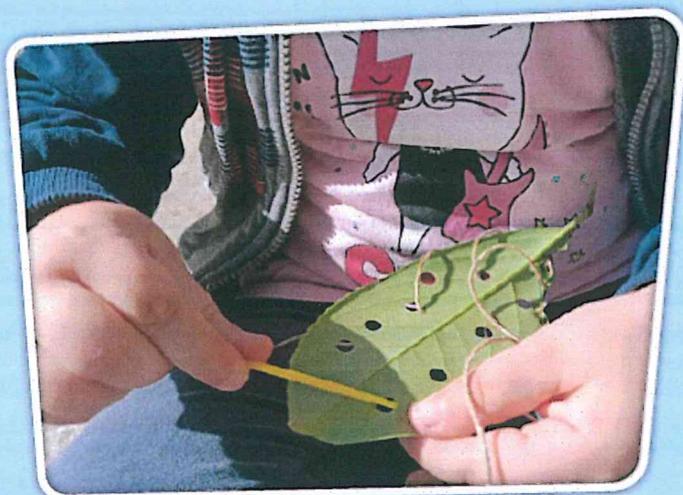


ASILO NIDO COMUNALE



ISCRIZIONI APERTE 2024/2025



Spett.le
Direzione Asilo Nido Comunale Trilly
Via Pecice n° 9, 03030
Broccostella (Fr)

MODULO DI ISCRIZIONE ANNO EDUCATIVO 2024/2025 ASILO NIDO COMUNALE "TRILLY" – BROCCOSTELLA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

e residente a _____ in Via _____

Documento d'identità n. _____ rilasciata da _____ scad. _____

In qualità di (madre, padre, delegato, tutore, ecc...) _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Asilo Nido Comunale "TRILLY" del/della proprio/a Figlio/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ in via _____

Per l'anno educativo 2024 /2025, per la seguente fascia oraria:

- Dalle ore 8.00 alle ore 13.00 con pasto (Part-time) dal lunedì al venerdì;
- Dalle ore 8.00 alle ore 16.00 con pasto e merenda (Full-time) dal lunedì al venerdì;

Comunica eventuali specifiche esigenze di orari da quelli previsti dal regolamento: _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalla decadenza dai benefici prevista dallo stesso D.P.R. in caso di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

DICHIARA

- Di aver preso visione del regolamento dell'Asilo Nido Comunale e di accettare le modalità di erogazione del servizio;
- Di essere: nubile/celibe coniugato/a separato/a divorziato
(in caso di genitori non coniugati e non conviventi per le agevolazioni va presentato Isee con Modulo aggiuntivo MB 2)
- Di richiedere non richiedere le agevolazioni tariffarie legate all'Isee;
- Di avere un reddito Isee di € _____ come risulta dall'attestazione allegata in corso di validità;
- Che la /il bambina/o _____ ha già frequentato il nido comunale "Trilly" nell'anno educativo 2023/24;
- Dati relativi al nucleo familiare:
 entrambi i genitori un solo genitore con figlio a carico

Spazio per ulteriori dichiarazioni

Dati anagrafici dei componenti il nucleo familiare:

	Cognome Nome Cod. Fiscale	Luogo e data di nascita	Grado di parentela (1)	% invalidità	Professione
1 C.F.				
2 C.F.				
3 C.F.				
4 C.F.				
5 C.F.				
6 C.F.				
7 C.F.				

(1) specificare se: genitore, fratello/sorella, partner di un genitore, altro parente.

DICHIARA

Inoltre, di essere informato che:

- In mancanza della presentazione dell'attestazione Isee, verrà automaticamente applicata la retta massima;
- Al momento dell'accettazione della domanda di iscrizione, se non già allegata alla presente, fornirà l'attestazione di conformità ai vaccini;
- Di accettare sin d'ora qualsiasi variazione e/o modifica dovesse intervenire nel corso dell'anno educativo in merito ad eventuali aspetti amministrativi e/o gestionali;
- I dati forniti, e di cui si verrà a conoscenza, saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dal combinato disposto del Regolamento Europeo 2016/679 "GDPR" e dell'art.13 del D. Lgs.196/2003 e s.m.i..

Broccostella, il _____

Il dichiarante

Allegare:

1. Fotocopia carta di identità del dichiarante;
2. Attestazione ISEE in corso di validità (con modello aggiuntivo MB2 in caso di genitori non coniugati e non conviventi);
3. Attestazione di conformità ai vaccini aggiornata rilasciata dall'Azienda Sanitaria (in alternativa potrà essere consegnata al momento dell'accettazione della domanda di ammissione);
4. Autocertificazione relativa alla nascita;
5. Certificato medico attestante che il bambino versa in condizioni di salute adeguate alla vita di comunità;
6. Eventuale copia di sentenza o di separazione o di divorzio rilasciata dal tribunale;
7. Eventuale certificato, rilasciato dal competente ufficio sanitario che comprovi che il genitore o lo stesso bambino o un componente del nucleo familiare è disabile;
8. Eventuale copia del provvedimento del tribunale per minori nei casi di affidamento preadottivo ed affidamento familiare.

TABELLA TARIFFE MENSILI ASILO NIDO COMUNALE TRILLY A.E. 2024/25 COMPRENSIVE DI PASTO E MERENDA

ISEE NUCLEO FAMILIARE	RETTA MASSIMA
0,00 – 5.000,00 Euro	0,00 Euro
5.001,00 – 10.000,00 Euro	50 Euro
10.001,00 – 15.000,00 Euro	100 Euro
15.001,00 – 20.000,00 Euro	150 Euro
20.001,00 – 25.000,00 Euro	200 Euro
25.001,00 – 30.000,00 Euro	250 Euro
30.001,00 – 35.000,00 Euro	300 Euro
35.001,00 – 40.000,00 Euro	350 Euro
40.001,00 – 50.000,00 Euro	400 Euro
Oltre 50.001,00 Euro	500 Euro
Utenti con disabilità gravi (art.3 comma 3L. 104/1992) fino a ISEE di 50.000,00 Euro	Esenti dal pagamento
coloro che non presentano ISEE	500 Euro

