

COMUNE DI QUATTRO CASTELLA  
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA



NIDO D'INFANZIA - CENTRO GIOCHI COMUNALE  
"ELEFANTINO"



RICHIESTA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2012/2013

I SOTTOSCRITTI:

**PADRE:** Cognome nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**MADRE:** Cognome nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

genitori di:

Cognome e nome del bambino \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Bambino non ancora nato: nascita presunta entro il: \_\_\_\_\_

CHIEDONO per l'anno scolastico 2012/2013, per il proprio figlio, l'iscrizione:  
(barrare il/i servizi che interessano):

al Nido d'Infanzia Comunale

Al Centro Giochi  
In via esclusiva

Al Centro Giochi  
Solo in caso di collocamento in  
lista d'attesa per il nido.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, sulla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARANO CHE:

➔ LE condizioni di salute del bambino sono le seguenti: (evidenziare lo stato di normalità, o particolari condizioni fisiche e psichiche se ritenute importanti – allegare certificati medici) \_\_\_\_\_

➔ IL medico del bambino è: (Cognome e nome): \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

➔ IL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE E' COMPOSTO DA:

Nome e cognome	data di nascita	Professione, o istituto scolastico frequentato (se studenti- a.s. 2012-2013)	grado di parentela col bambino

➔  Nucleo familiare in cui manca uno dei genitori: specificare il motivo dell'assenza: (in caso di separazione/divorzio: allegare copia sentenze) \_\_\_\_\_

➔  E' in corso una nuova gravidanza e la nascita è prevista per il mese di (allegare certificato) \_\_\_\_\_

→  Il bambino è in affido: note \_\_\_\_\_

→  Il seguente componente il nucleo familiare si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: nome \_\_\_\_\_ grado di invalidità \_\_\_\_\_ (*allegare certificato*). E' ricoverato in istituto?  si  no

ANNOTAZIONI EVENTUALI \_\_\_\_\_

→  Il bambino era in lista d'attesa nel servizio comunale l'anno precedente ?  si  no

**LA CONDIZIONE PROFESSIONALE DEL PADRE E' LA SEGUENTE:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoro a tempo indeterminato o determinato/continuativo | <input type="checkbox"/> occupazione stabile in proprio |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato o neo lavoratore autonomo           | <input type="checkbox"/> iscritto al collocamento       |
| <input type="checkbox"/> pensionato o inabile                                    | <input type="checkbox"/> studente con obbligo frequenza |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____                               |   |

(PER I LAVORATORI DIPENDENTI)

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

Ente o ditta in cui lavora: denominazione \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Sede legale: località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(PER I LAVORATORI AUTONOMI O COADIUVANTI)

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_

Ditta o impresa: denominazione \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Sede legale: località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**PER TUTTI I LAVORATORI: Orario di lavoro (esclusi straordinari)**

MATTINO dalle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ POMERIGGIO dalle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ NOTTE dalle ore

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Turno giornaliero di lavoro:** ore lavorative giornaliere \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ giorni lavorativi

settimanali \_\_\_\_\_ ore lavorative settimanali \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Particolare situazione lavorativa del padre: (se sussistono, *allegare dichiarazione del datore di lavoro*)**

Assenze prolungate sistematiche:  Da tre a cinque mesi all'anno  Più di cinque mesi all'anno

Assenze periodiche sistematiche: (CON PERNOTTAMENTO FUORI CASA) :  Da 7 giorni al mese  15 o più giorni al mese

ANNOTAZIONI: \_\_\_\_\_

**LA CONDIZIONE PROFESSIONALE DELLA MADRE E' LA SEGUENTE:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoro a tempo indeterminato o determinato/continuativo | <input type="checkbox"/> occupazione stabile in proprio |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato o neo lavoratore autonomo           | <input type="checkbox"/> iscritto al collocamento       |
| <input type="checkbox"/> pensionato o inabile                                    | <input type="checkbox"/> studente con obbligo frequenza |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____                               |   |

(PER LE LAVORATRICI DIPENDENTI)

QUALIFICA: \_\_\_\_\_

Ente o ditta in cui lavora: denominazione \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Sede legale: località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(PER LE LAVORATRICI AUTONOME O COADIUVANTI)

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_

Ditta o impresa: denominazione \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Sede legale: località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

PER TUTTI I LAVORATORI: **Orario di lavoro (esclusi straordinari)**

MATTINO dalle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ POMERIGGIO dalle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ NOTTE dalle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Turno giornaliero di lavoro:** ore lavorative giornaliere \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ giorni lavorativi settimanali \_\_\_\_\_ ore lavorative settimanali \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Particolare situazione lavorativa della madre: (se sussistono, *allegare dichiarazione del datore di lavoro*)**

Assenze prolungate sistematiche:  Da tre a cinque mesi all'anno  Più di cinque mesi all'anno  
Assenze periodiche sistematiche: (CON  
PERNOTTAMENTO FUORI CASA) :  Da 7 giorni al mese  15 o più giorni al mese

ANNOTAZIONI EVENTUALI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LA SITUAZIONE DEI NONNI E' LA SEGUENTE:**

**NONNO PATERNO :** Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
luogo di residenza/indirizzo completo: \_\_\_\_\_  
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità \_\_\_\_\_  
o altri problemi di salute: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NONNA PATERNA :** Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
luogo di residenza/indirizzo completo: \_\_\_\_\_  
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità \_\_\_\_\_  
o altri problemi di salute: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NONNO MATERNO :** Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
luogo di residenza/indirizzo completo: \_\_\_\_\_  
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità \_\_\_\_\_  
o altri problemi di salute: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NONNA MATERNA :** Nome e cognome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
Ditta presso cui lavora \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
luogo di residenza/indirizzo completo: \_\_\_\_\_  
 Il suddetto nonno si trova in precarie condizioni di salute oppure necessita di continua assistenza: % grado di invalidità \_\_\_\_\_  
o altri problemi di salute: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Elenco dei documenti allegati:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**- ATTESTAZIONE ISEE (nb: la non presentazione dell'ISEE comporta l'impossibilità all'attribuzione del relativo punteggio in caso di parità nelle graduatorie di ammissione.)**

**SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO E IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLA RETTA:  
RETTE ATTUALMENTE IN VIGORE:**

<b>fascia</b>	<b>Retta Nido</b>	<b>Retta Centro Giochi</b>
ISEE inferiore a 5.000,00	100,00	70,00
Da ISEE 5.000,01 a ISEE 14.999,99	Personalizzata proporzionale in base all'ISEE	Personalizzata proporzionale in base all'ISEE
Con ISEE da 15.000,00 a 24.999,99 Euro	Euro 310,00	Euro 200,00
Superiore a ISEE 25.000,00	Euro 400,00	Euro 300,00

Riduzione del 10% da applicare al fratello minore e successivi se frequentanti la stessa scuola;

Riduzione del 30% per i bambini in inserimento;

Riduzione del 50% per frequenza a 2 settimane di tempo estivo\*

Riduzione del 75% per frequenza a 1 settimana del tempo estivo\*

\*su queste due quote non si applicano le ulteriori riduzioni dovute a presenze parziali.

**RICHIEDIAMO** la riduzione sulla retta di frequenza al Nido; **a tal fine ci impegnamo a produrre l'attestazione ISEE calcolata coi redditi 2011, entro il mese di AGOSTO 2012.**

***N.B: la possibilità di riduzione sulla retta di frequenza è riservata ai residenti.***

- I richiedenti l'iscrizione si impegnano a corrispondere all'Amministrazione Comunale la retta che, sulla scorta di quanto previsto dai vigenti regolamenti comunali, verrà loro assegnata.

- I sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che quanto affermano in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero, ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR 445/2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

- I sottoscritti dichiarano inoltre di aver preso visione delle informazioni contenute nella "Guida per la compilazione della richiesta d'iscrizione al Nido d'Infanzia – Centro Giochi Comunale "Elefantino".

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI ( o di chi ne fa le veci )

Il padre

La madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.B: Qualora la presente domanda NON venga firmata davanti al funzionario preposto al ricevimento della stessa, si deve allegare copia di un documento di identità, valido, dei firmatari.

I dati e le informazioni riportati sulla presente domanda vengono utilizzati **ESCLUSIVAMENTE** a fini istituzionali e per la concessione dei servizi richiesti, a tutela della "privacy", ai sensi della vigente normativa in materia.

Ricevuta in data \_\_\_\_\_

Il Funzionario preposto

\_\_\_\_\_