

**DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N.2
DI
SAN MARCO ARGENTANO**

UFFICIO DI PIANO

COMUNE DI San Marco Argentano (Capofila), Cervicati, Fagnano Castello, Malvito, Mongrassano, Mottafollone, Roggiano Gravina, San Donato di Ninea, San Lorenzo del Vallo, San Sosti, Santa Caterina Albanese, Sant'Agata di Esaro, Spezzano Albanese, Tarsia, Terranova da Sibari.



*San Marco Argentano
Comune capofila*



Mottafollone



Cervicati



Fagnano Castello



Malvito



Mongrassano



Roggiano Gravina



*San Donato di Ninea
Albanese*



San Lorenzo del Vallo



San Sosti



Sant'Agata di Esaro



Santa Caterina



Spezzano Albanese



Tarsia



Terranova da Sibari

PROVINCIA DI COSENZA

Modello richiesta iscrizione Asilo nido a titolarità pubblica ubicato nel Comune di Mottafollone, Anno Educativo 2018-2019- a valere sui fondi PAC INFANZIA II° RIPARTO- Programma Nazionale Servizi di cura all'Infanzia- Decreto n. 1209 del 12.07.2016- AdG Ministero dell'Interno. CONSIP” SERVIZI SOCIALI”.

**Al Signor Sindaco
Comune Mottafollone - CS-**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via
_____ n. _____ codice fiscale _____
tel. _____ email _____
genitore/tutore del bambino/a _____ nato/a a
_____ il _____.

CHIEDE

che ____l____ medesim____ venga ammess____ a frequentare il servizio di Asilo Nido sperimentale per l'anno educativo 2018-2019 presso l'asilo nido ubicato nel Comune di Mottafollone-CS-.

Allega alla presente:

- Dichiarazione sostitutiva unica (D.P.C.M 5 dicembre 2013 e ss.mm.ii.) con l'indicatore della **situazione economica equivalente**, redditi 2017;
- Certificato medico attestante l'assenza di malattie contagiose o diffuse e l'idoneità a frequentare l'asilo nido, oltre a copia del tesserino delle vaccinazioni qualora effettuate.

Si riserva inoltre, di presentare la seguente documentazione all'atto dell'ammissione del proprio/a figlio/a:

Ai fini della formulazione della graduatoria si indica, di seguito, la condizione socio-economica della propria famiglia:

(indicare le voci di proprio interesse)

- situazioni familiari di disagio (segnalate dal servizio sociale)
- bambino disabile
- bambino appartenenti a nuclei familiari in cui esistano situazioni di malattia grave, certificata dalla ASP di appartenenza, oppure di reclusione ;
- orfano o figlio di madre nubile o ragazze madri di genitori separati, anche di fatto, o divorziati
- bambino di madre lavoratrice - studentessa
- bambino di genitori entrambi lavoratori
- bambino di genitori iscritti nelle liste di disoccupati
- bambino di lavoratore emigrato all'estero o in altre Regioni
- bambino appartenenti a famiglie numerose.

La graduatoria sarà formulata in base al regolamento d'accesso ai servizi per la prima infanzia deliberato dalla conferenza dei Sindaci del Distretto Socio-Assistenziale di San Marco Argentano,

Dichiara inoltre di essere a conoscenza della quota mensile di compartecipazione al servizio per la prima Infanzia come da TABELLA DI RIFERIMENTO PER REDDITO I.S.E.E. di seguito riportata:

Tariffario Mensile

Fascia di età compresa tra 3 – 12 mesi (LATTANTI)			
I.S.E.E del nucleo familiare	Pagamento a carico del contribuente - % di partecipazione alla spesa	RETTA Tempo Pieno Ore 8.00 – 16.00	Retta Tempo Parziale Ore 8.00 – 14.00
FINO A € 10.000,00	€ 0,00 (ESENTE)		
DA € 10.000,01 A € 20.000,00	25 %	€ 112,50	€ 83,75
DA € 20.000,01 A € 30.000,00	50 %	€ 225,00	€ 167,50
Oltre € 30.000,01	75 %	€ 337,50	€ 251,25

Fascia di età compresa tra 13 – 24 mesi (SEMIDIVEZZI)			
I.S.E.E del nucleo familiare	Pagamento a carico del contribuente - % di partecipazione alla spesa	RETTA Tempo Pieno Ore 8.00 – 16.00	Retta Tempo Parziale Ore 8.00 – 14.00
FINO A € 10.000,00	€ 0,00 (ESENTE)		
DA € 10.000,01 A € 20.000,00	25 %	€ 100,00	€ 75,00
DA € 20.000,01 A € 30.000,00	50 %	€ 200,00	€ 150,00
OLTRE € 30.000,01	75 %	€ 300,00	€ 225,00

Fascia di età compresa tra 25 – 36 mesi (DIVEZZI)			
I.S.E.E del nucleo familiare	Pagamento a carico del contribuente - % di partecipazione alla spesa	RETTA Tempo Pieno Ore 8.00 – 16.00	Retta Tempo Parziale Ore 8.00 – 14.00
FINO A € 10.000,00	€ 0,00 (ESENTE)		
DA € 10.000,01 A € 20.000,00	25 %	€ 87,50	€ 66,25

DA € 20.000,01 A € 30.000,00	50 %	€ 175,00	€ 132,50
OLTRE € 30.000,01	75 %	€ 262,50	€ 198,75

*Bambini affetti da patologie riconosciute dalla commissione media (L.104/92) ed altro sono esenti;

** Per ogni ulteriore figlio si applicherà il 25% della tariffa per la fascia di appartenenza.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità che quanto sopra indicato risponde a verità. Inoltre in relazione al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" autorizza l'amministrazione comunale, ai sensi del predetto codice, ed in particolare dell'art. 20, al trattamento dei dati dichiarati allo scopo di formulare una graduatoria d'accesso al servizio, nonché alla loro comunicazione a pubbliche amministrazioni o al personale impegnato nell'assistenza del bambino, in ragione del servizio medesimo.

Allega copia di un documento di identità personale.

....., lì

Firma

IMPORTANTE

La richiesta va presentata al Protocollo al Comune di Mottafollone.

