

ASILO NIDO MINIMERAVIGLIE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

RISERVATO ALL'UFFICIO Prot. n.	ANNO SCOLASTICO 2026/2027	PUNTEGGIO DOMANDA
---	----------------------------------	--------------------------

Il/la sottoscritto/a.....residente a

in via.....Tel.....

eventuali altri recapiti.....

CHIEDE

L'iscrizione del bambino/a.....

nato/a il..... a provincia

e residente a in via

all'Asilo Nido MINI MERAVIGLIE con frequenza al *(barrare la fascia di frequenza richiesta e l'eventuale adesione al pre o post scuola)*

	Fascia di frequenza	Orario di entrata	Orario di uscita
	Tempo lungo	dalle 8,30 alle 9,00	dalle 16.00 alle 16.30
	Tempo corto	dalle 8,30 alle 9,00	dalle 15.00 alle 15.30
	Tempo parziale	dalle 8,30 alle 9,00	dalle 12,30 alle 13,00
	Tempo parziale	dalle 12,30 alle 13,00	dalle 16.00 alle 16.30

	Pre – Scuola	dalle 07.30 alle 08.30	
	Post – Scuola	dalle 16.30 alle 18.00	

IL COSTO DEL SERVIZIO DI PRE ASILO E' DI € 30

IL COSTO DEL SERVIZIO DI POST SCUOLA E' DI € 45

Le suddette rette sono fisse e non sono calcolabili in base all'ISEE

Il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi degli artt. 46 e ss. del DPR 445/00 che il nucleo familiare del minore per il quale si presenta l'istanza, si compone, oltre al sottoscritto/a, di:

N.	COGNOME E NOME	NATO/A A	IL
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Il/la bambino/a per cui si richiede l'iscrizione è portatore di handicap	SI	NO
<i>Se SI occorre che alla domanda si allegata l'opportuna certificazione rilasciata dal Servizio di Neuropsichiatria della competente ASL</i>		
Nel nucleo familiare è presente un genitore con invalidità accertata superiore ai 2/3	SI	NO
<i>Se SI occorre allegare alla domanda l'opportuna certificazione rilasciata dalla competente ASL</i>		
Nel nucleo familiare è presente un altro componente con invalidità accertata superiore ai 2/3	SI	NO
<i>Se SI occorre allegare alla domanda l'opportuna certificazione rilasciata dalla competente ASL</i>		
Si tratta di un nucleo monoparentale ovvero il bambino convive con un solo genitore	SI	NO
<i>(In quanto un solo genitore abbia riconosciuto il bambino, oppure un genitore sia deceduto o abbia perso la patria potestà)</i>		
Nel nucleo familiare sono presenti altri figli da 0 a 2 anni?	SI	NO
<i>Se SI, quanti?</i>		
Nel nucleo familiare sono presenti altri figli da 3 a 5 anni?	SI	NO
<i>Se SI, quanti?</i>		
Nel nucleo familiare sono presenti altri figli da 6 a 10 anni?	SI	NO
<i>Se SI, quanti?</i>		
Nel nucleo familiare sono presenti altri figli frequentanti l'asilo nido comunale?		

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che la situazione lavorativa dei genitori è la seguente:

PADRE:

CODICE FISCALE _ _ _ _ _

Cognome Nome.....

Nato il a

Professione ditta

Sede ditta tel. ditta

Orario di lavoro ☐ TEMPO PIENO ☐ TEMPO PARZIALE

N.B. Occorre allegare alla domanda la certificazione rilasciata dal datore di lavoro con riferimento all'articolazione giornaliera

MADRE:

CODICE FISCALE _ _ _ _ _

Cognome Nome.....

Nato il a

Professione ditta

Sede ditta tel. ditta

Orario di lavoro ☐ TEMPO PIENO ☐ TEMPO PARZIALE

N.B. Occorre allegare alla domanda la certificazione rilasciata dal datore di lavoro con riferimento all'articolazione giornaliera

CHIEDE

Che le fatture della retta mensile vengano intestate a:

- ☐ MADRE
☐ PADRE

VALORE ISEE	EURO:
<i>N.B. Occorre allegare alla domanda la relativa certificazione IN CORSO DI VALIDITA'</i>	

NOTIZIE AGGIUNTIVE A DISPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

.....
.....
.....

- **Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità della dichiarazione, il dichiarante perderà i benefici ottenuti, come previsto dall'art. 75 del DPR 445.**
- **Dichiara di aver preso visione del regolamento comunale e si impegna a confermare la presente domanda, mediante pagamento della quota di iscrizione, entro il termine previsto dall'art. 5 dello stesso.**
- **Si impegna al pagamento della retta di frequenza determinata dagli organi competenti in ottemperanza alle norme vigenti.**

FIRMA DEL/ DELLA DICHIARANTE	
-------------------------------------	--

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto esprime il consenso, ai sensi degli articoli 23 e 26 del d.lvo 196/2003, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per le finalità connesse all'esame e all'istruttoria della domanda presentata.

FIRMA DEL/ DELLA DICHIARANTE	
-------------------------------------	--

NOTE INFORMATIVE

- La domanda dovrà essere inviata **ESCLUSIVAMENTE** all'indirizzo mail : minimeraviglie@startscs.it corredata dalla seguente documentazione:
 - ☐ attestazione I.S.E.E. con relativo modulo di accompagnamento;
 - ☐ eventuale documentazione attestante le condizioni di disabilità di uno o più componenti il nucleo familiare;
 - ☐ certificazione del datore di lavoro;
 - ☐ libretto vaccinale del bambino

N.B. LA RICHIESTA DI EVENTUALI BONUS NIDO E BONUS INPS E' ESCLUSIVAMENTE A CARICO DELLA FAMIGLIA

TUTTI I REQUISITI DOVRANNO ESSERE IN POSSESSO AL MOMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA