



Ai fini dell'accoglimento della richiesta al Servizio

Il/la Sottoscritto/a.....

genitore /tutore legale del MINORE .....

**CHIEDE**

Alla S.V. l'ammissione dello stesso al Servizio di Nido Comunale **per l'anno 2016-2017**

Per la fascia:

**A dalle ore 7:00 alle ore 13:00** -  **B dalle ore 7:00 alle ore 16:00** -  **C dalle ore 7:00 alle ore 17:30-**  
(incluso di servizio mensa)

**Il Sabato dalle ore 7:00 alle ore 14:00**

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:  
(ai sensi dell' Art. 76 del D.P.R. 28.12.2000,n. 455)

- che la madre (Cognome e nome) .....

nata a .....il..... ha cittadinanza .....

cod.fisc.....è residente nel comune di .....

in Via .....n.....e svolge la seguente attività:

Lavoratore dipendente – Ditta/Ente \_\_\_\_\_ sede lavoro \_\_\_\_\_

Lavoratore autonomo Ditta/Ente \_\_\_\_\_ sede lavoro \_\_\_\_\_

Lavoratore attualmente non occupato o occupato con contratto a termine

Disoccupata o cassaintegrata  Stato di gravidanza

Orario di lavoro:  Tempo pieno - orario \_\_\_\_\_  Part/time -orario \_\_\_\_\_

Lavoro notturno - orario \_\_\_\_\_  Turni a giornata -orario \_\_\_\_\_

Pendolarità quotidiana oltre i 30Km

Posizione di lavoro all'estero o fuori Regione di uno dei genitori che comporti l'assenza completa del medesimo per tutta la settimana

- che il padre (Cognome e nome).....

nato a .....il..... ha cittadinanza .....

cod.fisc.....è residente nel comune di .....

in Via .....n.....e svolge la seguente attività:

Lavoratore dipendente – Ditta/Ente \_\_\_\_\_ Disoccupato o cassaintegrato  
sede lavoro \_\_\_\_\_

Lavoratore autonomo Ditta \_\_\_\_\_  
sede lavoro \_\_\_\_\_

Lavoratore attualmente non occupato o occupato con contratto a termine

Orario di lavoro:  Tempo pieno -orario \_\_\_\_\_  Part/time -orario \_\_\_\_\_

Lavoro notturno orario \_\_\_\_\_  Turni a giornata -orario \_\_\_\_\_

Pendolarità quotidiana oltre i 30Km

Posizione di lavoro all'estero o fuori Regione di uno dei genitori che comporti l'assenza completa del medesimo per tutta la settimana

Comune di Mesagne Provincia di Brindisi

Via E. Santacesaria,9 - 72023 Mesagne (BR) - tel. 0831 779207- int.2- (1) - fax 0831 736212  
www.comune.mesagne.br.it - istruzione@comune.mesagne.br.it

**Nucleo familiare con entrambi i genitori**

- Coniugati (i coniugi fanno sempre parte dello stesso nucleo familiare, anche quando hanno residenza anagrafica diversa)
- Conviventi

**Nucleo familiare mono-parentale (un solo genitore coabitante con il bambino/bambina)**

**Il dichiarante è solo/a in quanto:**

- E' celibe/nubile con figlio/a non riconosciuto dall'altro genitore
- E' celibe/nubile con figlio/a riconosciuto dall'altro genitore che non è convivente, né coabitante
- E' vedovo/a
- E' separato/a legalmente (con sentenza n. \_\_\_\_ in data \_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_ e non coabita con il genitore del bambino per cui si chiede l'iscrizione)
- E' divorziato/a con sentenza n. \_\_\_\_ in data \_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**Presenza nel nucleo familiare di altri figli** (oltre a quello/a per cui si presenta domanda di iscrizione) **o altri familiari conviventi con il minore**

Cognome e nome	data di nascita	grado di parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Problematiche nel nucleo familiare:**

- Stato di malattia di un genitore o altro figlio (certificati dal S.S.N.)
- Nonni o familiari conviventi in permanente stato di bisogno e assistenza (decreto di riconoscimento di invalidità del S.S.N.)
- Invalidità di un genitore con riduzione delle capacità lavorative pari o superiore al 66% (certificati dal S.S.N.)
- Invalidità di un altro figlio pari o superiore al 66% (certificati dal S.S.N.)

Comune di Mesagne Provincia di Brindisi

Via E. Santacesaria,9 - 72023 Mesagne (BR) - tel. 0831 779207- int.2- (1) - fax 0831 736212  
www.comune.mesagne.br.it - istruzione@comune.mesagne.br.it

**Dichiara altresì:**

- di voler usufruire delle fasce differenziate, secondo Mod. ISEE (in corso di validità) da allegare **obbligatoriamente**
- di non voler usufruire delle fasce differenziate in quanto in possesso di attestazione **ISEE superiore € 24.000,001.**
- di voler usufruire della seguente tipologia di servizio, **A - B - C -** (cerchiare il servizio prescelto) prendendo atto del prospetto tariffario di seguito riportato, approvato con **Delib. di G.C. n° 58 dell'01.04.2016.**

	Fasce di reddito ISEE in corso di validità	<input type="checkbox"/> Servizio A ore 7:00/13:00	<input type="checkbox"/> Servizio B ore 7:00/16:00	<input type="checkbox"/> Servizio C ore 7:00/17:30
		Retta di frequenza	Retta di frequenza	Retta di frequenza
1^ fascia	Da € 0 a € 2.032,52	€ -	€ 40.00	€ 60.00
2^ fascia	Da 2.032,53° € 3.048,78	€ 46.00	€ 59.00	€ 70.00
3^ fascia	Da € 3.048,79 a € 4.065,04	€ 64.00	€ 77.00	€ 90.00
4^ fascia	Da € 4.065,05 a € 6.097,56	€ 83.00	€ 96.00	€ 108.00
5^ fascia	Da € 6.097,57 a € 8.130,08	€ 105.00	€ 119.00	€ 134.00
6^ fascia	Da € 8.130,09 a € 12.195,12	€ 137.00	€ 153.00	€ 170.00
7^ fascia	Da € 12.195,13 a € 15.000,0	€ 175.00	€ 195.00	€ 218.00
8^ fascia	Da € 15.000,01 a € 18.000,00	€ 187.00	€ 208.00	€ 232.00
9^ fascia	Da € 18.000,01 a € 24.000,0	€ 201.00	€ 223.00	€ 242.00
10^ fascia	Da € 24.000,01 in poi	€ 203.00	€ 225.00	€ 270.00

**di essere informato:**

- che può essere richiesto per **una sola volta la modifica della tipologia di servizio prescelto e comunque con ore di frequenza in aumento (es. dal servizio A al serv. B / C; dal servizio B al servizio C.)** che sarà efficace dal mese successivo alla richiesta.
- che per il 1° figlio viene corrisposta la retta mensile intera.
- che dal 2° figlio/a l'abbattimento della retta attribuita allo stesso è stabilito nella misura del 50%. che per i gemelli l'abbattimento della retta procapite è stabilito nella misura del 50%.
- che interviene riduzione della retta attribuita del **30%** in caso di assenza per malattia prolungata e superiore a 15 gg consecutivi nel mese.
- che interviene riduzione della retta del **50%** in caso di assenza prolungata per malattia superiore a 30 gg. consecutivi nel mese.

**Si riserva, all'atto dell'ammissione, di presentare al gestore dell'Asilo Nido Comunale " V . C a v a l i e r e " ulteriore documentazione riguardante il bambino/a:**

- Certificato medico attestante lo stato di salute.
- Eventuale documentazione medica in caso di intolleranze/allergie alimentari o altro.

*Il Richiedente*

Data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**  
(ai sensi dell'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

**Il/la sottoscritto/a**, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n.445:

Esprime consenso per il trattamento dei dati personali del proprio nucleo familiare, relativamente ai servizi erogati dal Comune di Mesagne – Servizio Istruzione;

Dichiara di essere consapevole che l'Ente potrà verificare quanto dichiarato nella presente domanda di ammissione e di impegnarsi a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche;

Dichiara di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno a decadere i benefici conseguiti e l'istanza di ammissione sarà registrata all'ultimo posto della graduatoria.

Dichiara di aver preso visione del Regolamento del Servizio di Asilo Nido Comunale (approvato con Delib. di C.C. n. 50 del 28.10.2013) e di accettarne tutti gli articoli in esso contenuti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Comune di Mesagne Provincia di Brindisi

Via E. Santacesaria,9 - 72023 Mesagne (BR) - tel. 0831 779207- int.2- (1) - fax 0831 736212  
www.comune.mesagne.br.it - istruzione@comune.mesagne.br.it