

AL CAPO AREA SOCIO CULTURALE
COMUNE DI RUBANO (PD)

**Domanda d'iscrizione all'asilo nido Comunale "Mariele Ventre - Il nido delle voci"
per l'anno scolastico ____ / ____ << RICORDARSI DI COMPILARE !**

Il sottoscritto richiedente	
--	--

Codice fiscale del richiedente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapiti telefonici	
E-Mail	@
PEC posta certificata	@

Scrivere in stampatello (anche gli indirizzi mail)

GENITORE di :

Dati del bambino

NOME			
COGNOME			
Nato a		Nato il	
Nazionalità			
Comune di RESIDENZA			
Via e numero civico			

Codice fiscale del bambino

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a venga accolto/a presso l'asilo nido comunale "Mariele Ventre, il nido delle voci", che è situato a Rubano in via Don Milani 2, nella seguente fascia d'età e con il seguente orario

lattante (da 3 a 12 mesi)

07.30 – 13.30 orario ridotto

07.30 – 16.30 orario normale

divezzo (dai 13 mesi ai 3 anni)

07.30 – 13.30 orario ridotto

07.30 – 16.30 orario normale

16.30 – 18.30 prolungamento orario

- Sono disponibile a modificare la modulazione dell'orario nel caso di indisponibilità di posti nell'orario sopra scelto (da orario ridotto a orario normale e da orario normale a orario ridotto)

Il sottoscritto si impegna a rispettare, per la durata dell'intero anno scolastico, l'orario assegnato. A tal fine il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000),

dichiara sotto la propria personale responsabilità

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000):

- che il/la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale:

SI NO

- di essere a conoscenza che le rette mensili per l'anno scolastico sono le seguenti:

TARIFE ASILO NIDO COMUNALE - A.S. 2022/2023

RESIDENTI

FASCIA ISEE RESIDENTI	Lattante Part time	Lattante Full time	Divezzo Part time	Divezzo Full time
Fino a € 12.000	€ 290,00	€ 390,00	€ 260,00	€ 365,00
Oltre € 12.000 e fino a € 25.000	€ 300,00	€ 405,00	€ 275,00	€ 380,00
Tariffa intera - Oltre € 25.000 e senza presentazione di Isee	€ 330,00	€ 435,00	€ 295,00	€ 405,00
Maggiorazione per tempo prolungato >			€ 70,00	€ 70,00

NON RESIDENTI

FASCIA ISEE NON RESIDENTI	Lattante Part time	Lattante Full time	Divezzo Part time	Divezzo Full time
Fino a € 25.000	€ 355,00	€ 460,00	€ 320,00	€ 430,00
Tariffa intera - Oltre € 25.000 e senza presentazione di Isee	€ 370,00	€ 475,00	€ 335,00	€ 445,00
Maggiorazione per tempo prolungato >			€ 80,00	€ 80,00

La tariffa agevolata sarà applicata dal mese successivo alla presentazione dell'attestazione ISEE al Comune.


RESIDENTI E NON RESIDENTI

Riduzione di € 50,00 per ogni ulteriore figlio iscritto.

Riduzioni giornaliere tariffe per malattie	Orario ridotto € 4,00 Orario normale € 6,00
Valore retta giornaliera per riduzioni nei periodi di inserimento del bambino	1/20 degli importi mensili di cui sopra (v. Regolamento per il servizio di asilo nido)
Tariffa giornaliera per prolungato occasionale	€ 15
Riduzione art. 28 Regolamento comunale: durante i periodi di sospensione o chiusura del servizio di asilo nido comunale per cause di forza maggiore per almeno 15 giorni scolastici consecutivi, l'importo della retta è ridotto del 100%.	

L'asilo nido apre all'inizio di settembre e chiude a fine luglio. I periodi di vacanza (Natale, Pasqua, ecc.) fanno riferimento di norma al calendario scolastico regionale.

L'ammissibilità all'Asilo Nido sarà comunicata ai genitori tramite la pubblicazione all'Albo pretorio della graduatoria definitiva che riporterà i bambini inseriti e l'articolazione di orario assegnata. La graduatoria definitiva verrà pubblicata sul sito internet www.rubano.it (nelle news e nel canale tematico Istruzione) e all'albo pretorio del Comune.

	ISCRIZIONE ASILO NIDO COMUNALE MARIELE VENTRE, IL NIDO DELLE VOCI	Rev. 01/2022
		Pagina 3 di 6

Il sottoscritto richiedente, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000),
dichiara sotto la propria personale responsabilità
 (art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000):

Conforme all'ordine di priorità di ammissione all'asilo nido comunale ai sensi dell'art. 23 del Regolamento

<input type="checkbox"/>	che al bambino è stata riconosciuta una disabilità ai sensi della L. n. 104/1990 (di cui si allega obbligatoriamente copia della certificazione)
<input type="checkbox"/>	Bambino residente a Rubano
<input type="checkbox"/>	Bambino figlio di un dipendente di una azienda che abbia sottoscritto con il gestore del nido una convenzione nell'ambito dei programmi di welfare aziendale: Nominativo del genitore: _____ Azienda: _____

Da qui in poi compilare solo per graduatoria ordinaria (domanda presentata nel mese di febbraio) altrimenti andare direttamente alle firme > pagina 5

SITUAZIONE FAMILIARE

GENITORI:

- presenza di entrambi i genitori;
- genitore vedovo/a, separato/a legalmente o divorziato/a, con affidamento esclusivo del figlio, che ha un coniuge o un convivente more uxorio¹ che non è l'altro genitore del bambino;
- genitori separati legalmente o divorziati, con affidamento condiviso del figlio in base alla legge 08.02.2006, n. 54;
- genitori del bambino, uniti in matrimonio, e iscritti in separati stati di famiglia;
- presenza di un solo genitore: ragazza madre, ragazzo padre, vedovo/a, separato/a legalmente o divorziato/a con affidamento esclusivo del figlio.

FRATELLI/SORELLE di età inferiore ai 16 anni.

Sono compresi quelli acquisiti da precedenti/successivi matrimoni o convivenze more uxorio dei genitori. Sono compresi anche i fratelli inclusi in altro stato di famiglia ma presenti per almeno due giorni alla settimana (esclusi i fine settimana).

<input type="checkbox"/> n° 1 fratello / sorella	<input type="checkbox"/> n° 2 fratelli / sorelle	<input type="checkbox"/> n° 3 fratelli / sorelle
<input type="checkbox"/> n° 4 fratelli / sorelle	<input type="checkbox"/> n° 5 e oltre fratelli / sorelle	

- Fratello di bambino già frequentante il nido comunale**, nome: _____

¹ Con il termine convivenza *more uxorio* (o famiglia di fatto) si indica genericamente l'unione stabile e la comunione di vita spirituale e materiale tra due persone, non fondata sul matrimonio.

La famiglia di fatto si contraddistingue per il carattere di stabilità che nasce come espressione della libera scelta del singolo individuo di non costituire un vincolo formale, ma di fondare il rapporto solo sul sentimento di affetto e di amore.

Elementi essenziali della convivenza more uxorio sono:

- la comunità di vita;
- la stabilità temporale;
- l'assenza del legame giuridico del matrimonio.

SITUAZIONE NONNI

<p>NONNO PATERNO - Nominativo _____ Comune di Residenza _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Deceduto</p> <p><input type="checkbox"/> Residenza oltre 30 Km,</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato a tempo pieno</p> <p><input type="checkbox"/> Invalido con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria assistenziale pubblica),</p> <p><input type="checkbox"/> Accudisce il coniuge e/o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>	<p><input type="checkbox"/> Residenza da 10 a 30 Km</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato part time</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità da 1/3 a 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>
<p>NONNA PATERNA - Nominativo _____ Comune di Residenza _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Deceduto</p> <p><input type="checkbox"/> Residenza oltre 30 Km,</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato a tempo pieno</p> <p><input type="checkbox"/> Invalido con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria assistenziale pubblica),</p> <p><input type="checkbox"/> Accudisce il coniuge e/o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>	<p><input type="checkbox"/> Residenza da 10 a 30 Km</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato part time</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità da 1/3 a 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>
<p>NONNO MATERNO - Nominativo _____ Comune di Residenza _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Deceduto</p> <p><input type="checkbox"/> Residenza oltre 30 Km,</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato a tempo pieno</p> <p><input type="checkbox"/> Invalido con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria assistenziale pubblica),</p> <p><input type="checkbox"/> Accudisce il coniuge e/o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>	<p><input type="checkbox"/> Residenza da 10 a 30 Km</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato part time</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità da 1/3 a 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>
<p>NONNA MATERNA - Nominativo _____ Comune di Residenza _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Deceduto</p> <p><input type="checkbox"/> Residenza oltre 30 Km,</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato a tempo pieno</p> <p><input type="checkbox"/> Invalido con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria assistenziale pubblica),</p> <p><input type="checkbox"/> Accudisce il coniuge e/o un parente convivente con invalidità superiore ai 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>	<p><input type="checkbox"/> Residenza da 10 a 30 Km</p> <p><input type="checkbox"/> Occupato part time</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità da 1/3 a 2/3 (certificazione di Istituzione sanitaria o assistenziale pubblica).</p>

SITUAZIONE LAVORATIVA

PADRE O CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

Sede lavorativa oltre 30 Km. dall'asilo nido, specificare:

Indirizzo: _____

- Lavoro autonomo
 Studente (iscrizione a Scuole secondarie, Università, Corsi di specializzazione)
 Non occupato per invalidità (con certificato di invalidità di almeno il 76% - **da allegare, obbligatorio**)

Disoccupato e/o in attesa di prima occupazione, cioè nei seguenti casi, da **specificare**:

- iscrizione al Centro per l'Impiego da almeno 3 mesi
 licenziamento risalente a non più di 6 mesi prima della data di presentazione della domanda

Lavoro dipendente con

- orario settimanale inferiore a 24 ore
 orario settimanale da 25 a 36 ore
 orario settimanale oltre 36 ore

presso l'Azienda :

MADRE O CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

Sede lavorativa oltre 30 Km. dall'asilo nido, specificare:

Indirizzo: _____

- Lavoro autonomo
 Studente (iscrizione a Scuole secondarie, Università, Corsi di specializzazione)
 Non occupato per invalidità (con certificato di invalidità di almeno il 76% - **da allegare, obbligatorio**)

Disoccupato e/o in attesa di prima occupazione, cioè nei seguenti casi, da **specificare**:

- iscrizione al Centro per l'Impiego da almeno 3 mesi
 licenziamento risalente a non più di 6 mesi prima della data di presentazione della domanda

Lavoro dipendente con

- orario settimanale inferiore a 24 ore
 orario settimanale da 25 a 36 ore
 orario settimanale oltre 36 ore

presso l'Azienda :

Qualora da un controllo effettuato emerge la **non veridicità e autenticità delle autocertificazioni o del contenuto della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**, il dichiarante oltre alle conseguenze scaturenti ex art. 76 D.P.R. 445/2000 e dagli artt. 483-489-495-496 del Codice Penale, decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento.

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

Data, _____



Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Regolamento per la gestione del servizio di asilo nido nel Comune di Rubano e di attenersi a tutte le disposizioni in esso contenute.

I dati personali raccolti con la presente domanda verranno trattati dal Comune di Rubano nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679 e del d. lgs. n. 196 del 2003, come successivamente modificato, nonché secondo le modalità, finalità e limiti indicati nel documento informativo rilasciato al momento della consegna del presente modulo e/o visibile al seguente [link](#).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento, e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

Data, _____



RICHIESTA PER IL PROLUNGAMENTO D'ORARIO

Si richiede il prolungamento dell'orario dalle 16.30 alle 18.30 (solo per i divezzi) in quanto l'orario di lavoro osservato dal sottoscritto è il seguente: _____.

L'orario di lavoro dall'altro genitore, anche nell'ipotesi di affidamento condiviso, è il seguente:

_____.

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

Data, _____

NB. Il prolungamento sarà attivato subordinatamente ad un numero minimo di richieste.

- Firme apposte in presenza dell'operatore addetto
- Firmata e inviata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità valido

VISTO DEL FUNZIONARIO RICEVENTE

Data, _____

NOTE

La domanda deve essere **scansionata in formato PDF e inviata per MAIL, PEC, posta ordinaria, fax** o consegnata già compilata al Punto Si del Comune di Rubano.

Per SPEDIRE: via mail o pec: rubano.pd@cert.ip-veneto.net

via fax: 049 8739245

via posta ordinaria: via Rossi, 11 – 35030 Rubano PD

ALLEGANDO un documento di identità valido e quanto altro necessario

Per consegna a mano presso il Protocollo del Comune: [info su www.rubano.it](http://www.rubano.it)