



Città di Castelfranco Veneto
Provincia di Treviso



NIDO D'INFANZIA

DOMANDA DI ISCRIZIONE
ASILO NIDO *La tana del lupo*

Al Servizio all'Infanzia

La tana del lupo

Al Comune di Castelfranco Veneto

Ufficio Servizi Sociali

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ provincia _____

In via/piazza _____ n. _____ CAP |_|_|_|_|_|

Cittadinanza _____ Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel/Cellulare _____ E-mail _____

CHIEDE

Di poter ammettere per l'a.e. 20__/20__ presso l'Asilo Nido *La tana del lupo* il proprio bambino

Nome e Cognome _____

Nato a _____ Il _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ provincia _____

In via/piazza _____ n. _____ CAP |_|_|_|_|_|

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|



Città di Castelfranco Veneto
Provincia di Treviso



NIDO D'INFANZIA

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

N	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			

CONDIZIONI LAVORATIVE

PADRE		MADRE	
Professione		Professione	
Ditta/Ente		Ditta/Ente	
Luogo		Luogo	
Orario		Orario	
Tel. lavoro		Tel. lavoro	

SITUAZIONE ECONOMICA (OBBLIGATORIO: a parità di punteggio la precedenza sarà determinata dal reddito ISEE più basso).

IMPORTO ISEE _____

PARTICOLARI SITUAZIONI SOCIALI (Riservato ai Servizi Sociali):



CRITERI DI DEFINIZIONE GRADUATORIA:

CRITERI DI PRECEDENZA:

- Residenti nel Comune di Castelfranco Veneto
- Per i bambini che vivono in condizioni ambientali e sociali compromettenti la loro integrità psico-fisica e l'inserimento al nido venga valutato elemento necessario al progetto di tutela dal Servizio Sociale competente (ULSS, Comune) (relazione-proposta) e casi di affidamento educativo- assistenziale.
- Bambini che presentino minorazioni fisiche psichiche e sensoriali. La situazione di handicap dovrà essere attestata da idonea documentazione medica dell'ULSS di appartenenza o di altra struttura riconosciuta competente in materia.

PUNTEGGIO PER CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE:

A. Composizione del nucleo familiare:

- Bambini con un solo genitore. Si intende per solo genitore: il vedovo/a, la ragazza/o madre/padre (figlio non riconosciuto), il separato/a, il divorziato/a, le famiglie in cui uno dei due genitori lavori stabilmente lontano dalla città con permanenza diurna e notturna nel luogo di lavoro. Al lavoro stabile viene parificato il lavoro da effettuare in trasferta per periodi continuativi o cumulabili non inferiori a 6 mesi nel corso dell'anno. (5 PUNTI)
- Per ogni fratello/sorella convivente sotto i 6 anni (2 PUNTI)
- Per ogni fratello/sorella convivente tra i 6 e i 10 anni (1 PUNTO)
- Nuclei familiari che richiedono l'inserimento al nido di due gemelli o fratelli in età inferiore ai 3 anni (5 PUNTI)

B. Situazioni particolari:

- Invalidità superiore ai 2/3 di uno o entrambi i genitori (il punteggio viene attribuito per ciascun genitore) o familiari conviventi. (5 PUNTI)
- Malattia grave di uno o entrambi i genitori (il punteggio viene attribuito per ciascun genitore). (5 PUNTI)
- Carichi assistenziali in famiglia, come specificato dai Servizi sociali (2 PUNTI)

PUNTEGGIO PER CONDIZIONE LAVORATIVA

- Genitori entrambi lavoratori (2 PUNTI)
- Genitori di cui uno solo lavoratore (1 PUNTO)
- Entrambi i genitori lavoratori anche in orario pomeridiano, per almeno tre pomeriggi a settimana (3 PUNTI)
- Almeno uno dei genitori lavora fuori dal Comune di Castelfranco Veneto (1 PUNTO)



Città di Castelfranco Veneto
Provincia di Treviso



DICHIARO la presa visione di:

- Carta del Servizio e Regolamento del nido
- Orari del servizio e Calendario scolastico anno educativo 20__/20__

CHIEDO:

di far frequentare l'Asilo Nido La tana del lupo al proprio bambino/a per l'a.e. 20__/20__a:

- Tempo ridotto (fino alle ore 13.00; pasto incluso)
- Tempo pieno (fino alle ore 16.15)
- Tempo prolungato (fino alle ore 17.45) *(attivabile con un minimo di n°5 adesioni)*
- Tempo ridotto pomeridiano (ingresso dalle 12.30; no pasto)

Periodo di inserimento richiesto: _____

Il pagamento della retta avverrà entro 15 giorni dal ricevimento della fattura con la seguente modalità:

- Bonifico bancario intestato a Codess Sociale Società Cooperativa Sociale Onlus presso Banca Sella SpA
Codice IBAN: **IT 02 D 0326 8121 000 526 474 386 90**
- Pagamento attraverso POS direttamente presso il servizio (necessario presentare la fattura emessa da Codess Sociale Società Cooperativa Sociale Onlus da allegare al momento del pagamento)

Il/la sottoscritto/a, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara che tutte le informazioni rese nella presente domanda sono veritiere.

Allega: dichiarazione ISEE

Luogo e data, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato che i dati personali saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data, _____

Firma
