

Indicare il recapito per l'invio delle comunicazioni solo se diverso da quello di residenza

Via/Piazza _____ n. |__|__|__|__|
 comune di _____ Provincia _____ CAP |__|__|__|__|
 __|

CHIEDE

l'iscrizione del proprio figlio/a età al 1 luglio: anni _____, mesi alla Sezione Estiva anno 2018 Nido d'infanzia Amiata Grossetano Sezione di _____ e precisamente

(contrassegnare con una x)

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | MESE DI LUGLIO (7.45/18.00) | € 136,00 |
| <input type="checkbox"/> | MESE DI AGOSTO (7.45/18.00) | € 136,00 |
| <input type="checkbox"/> | PACCHETTO LUGLIO – AGOSTO (7.45/18.00) | € 256,00 |

Per agevolare gli uffici addetti al settore il compilatore della domanda di partecipazione alle iniziative estive e del bollettino di versamento della quota di partecipazione, devono coincidere.

DICHIARA

- di essere a conoscenza e di accettare tutte le norme previste dal *Regolamento Comprensoriale dei Servizi Educativi per la prima infanzia* approvato con D.C. n.11 del 22/05/2008;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di compartecipazione delle spese nella misura e con le modalità stabilite dalla Giunta dell'Unione dei Comuni Montani Amiata Grossetana (Del.n. 22/2018 e n. 37/2018);
- di provvedere al pagamento della quota dovuta nelle forme nei modi stabiliti dall'Unione dei Comuni Montani Amiata Grossetana;
- di essere a conoscenza che, nel caso dovessero pervenire un numero di domande superiore ai posti disponibili verrà redatta una graduatoria secondo i criteri riportati nel bando;
- di essere a conoscenza ed accettare che le domande presentate oltre il termine del 31/05/2018 saranno accolte compatibilmente alla disponibilità dei posti, attrezzature e risorse da parte dell'Unione dei Comuni Amiata Grossetana.
- di aver preso visione dei criteri per la formazione della graduatoria di ammissione.

- di essere a conoscenza che costituisce requisito di accesso ai suddetti servizi la presentazione di idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie ovvero l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse, o la formale richiesta di vaccinazione all'Azienda sanitaria locale territorialmente competente, richiesta al momento delle iscrizioni.

- di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il responsabile del trattamento è il Dott. Alberto Balocchi.

ALLEGA

- o scheda debitamente compilata per l'attribuzione del punteggio alla domanda di ammissione (*tab. A*)
- o copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità
- o ricevuta di pagamento di **€ 70,00** (quota parte della tariffa da corrispondere)
- o copia libretto vaccinazioni
- o Dichiarazione sostituita ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 nei seguenti casi:
 - Esonero da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione o per motivi di salute.
 - Rinvio di una o più vaccinazioni per motivi di salute.
 - richiesta all'ASL di effettuare le vaccinazioni obbligatorie mancanti tramite A.R., telefono, email ordinaria, PEC.

SI IMPEGNA

A provvedere al versamento della restante somma dovuta e precisamente:

- **di € 66,00** (per chi frequenta solo un mese con orario 7.45/18.00) entro e non oltre il 10° giorno successivo al mese di riferimento
- **di € 186,00** (per chi frequenta il pacchetto "Luglio-Agosto" con orario 7.45/18.00) entro e non oltre il giorno 10 agosto. La suddetta quota potrà essere corrisposta in due rate: la prima di € 93,00 entro il 10 luglio, la seconda di € 93,00 entro il 10 agosto.

Nella causale del pagamento dovrà essere necessariamente riportato "quota parte – Pacchetto luglio-agosto".

CHIEDE

Che in caso di rinuncia al servizio, da comunicare per scritto all'Ufficio Servizi Educativi dell'Unione dei Comuni **entro e non oltre il 22 Giugno**, o in caso di non ammissione, la somma versata verrà restituita nel modo seguente:

- rimborso con Bonifico Bancario:
c/c n _____ intestato a _____

C.F. _____ BANCA _____
_____ ABI _____ CAB _____ CIN _____ IBAN _____

- quietanza diretta c/o Tesoreria della Unione dei Comuni Montani Amiata Grossetana –
Cassa di Risparmio di Firenze Agenzia di Arcidosso IBAN: IT 95 R 06160 72160
100000046004

INFINE

1- autorizza / non autorizza (*cancella voce che non interessa*) l'ente ad utilizzare eventuali immagini che comprendono il/la proprio/a figlio/a su pubblicazioni,locandine,manifesti eventualmente prodotti dall'Ente medesimo a mero scopo informativo/divulgativo dei servizi offerti e dei progetti attivati.

(Luogo e data).....

Firma
del familiare o del tutore

L'istanza può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità valido del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 c.3 DPR.445/2000.

ATTESTAZIONE

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che in caso di attestazioni non veritiere per le dichiarazioni sopra rese incorrerà nelle sanzioni penali richiamate dall'art.76 della D.P.R n.445/2000

_____ li _____

Firma _____

**CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO
ALLE DOMANDE DI AMMISSIONE DEI BAMBINI AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA**

1) NUCLEO FAMILIARE (massimo 20 punti)

Riservato all'Ufficio

| | si | punti | note |
|---|--------------------------|-------|------|
| a) <u>figli naturali riconosciuti da un solo genitore, orfani di 1 genitore (20 punti)</u> (allegare autocertificazione passibile di controllo) | <input type="checkbox"/> | | |
| b) <u>situazioni particolari da cui derivi la completa e costante assenza della figura paterna o materna (15 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) <u>separazioni legali documentate, separazioni di fatto, non coniugati separati di fatto (10 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| d) <u>nucleo familiare senza alcun sostegno parentale (3 punti)</u> (allegare autocertificazione passibile di controllo) | <input type="checkbox"/> | | |

1.1) FIGLI ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE (massimo 10 punti)

Riservato all'Ufficio

| | si | punti | note |
|--|--------------------------|-------|------|
| a) <u>numero 2 figli (3 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) <u>numero 3 figli (5 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) <u>numero 4 figli (7 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| d) <u>più di 4 figli (9 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| e) <u>iscrizione di gemelli (1 punto in più)</u> | <input type="checkbox"/> | | |

2) CONDIZIONI DI LAVORO DEI GENITORI (massimo 15 punti)**Riservato all'Ufficio**

| | si | punti | note |
|---|--------------------------|-------|------|
| a) entrambi lavoratori a tempo pieno *(15 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| b) un genitore lavoratore a tempo pieno e l'altro a part-time con orario pari o superiore a 20 ore settimanali* (12 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| c) un genitore lavoratore a tempo pieno e l'altro a part-time con orario inferiore a 20 ore oppure lavoratore precario * (10 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| d) genitori entrambi lavoratori part-time con orario inferiore a 20 ore settimanali oppure lavoratori precari* (8 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| e) genitori di cui uno lavoratore a tempo pieno, part-time o precario e l'altro non occupato * (5 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| f) genitori studenti non lavoratori ** (5 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| g) genitori entrambi non occupati (3 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |

* documentazione richiesta: autocertificazione orario di lavoro

** documentazione richiesta: autocertificazione dell'iscrizione ad 1 corso di studio con menzione degli esami sostenuti)

3) CONDIZIONE DI REDDITO (massimo 5 punti)**Riservato all'Ufficio**

| | si | punti | note |
|---|--------------------------|-------|------|
| a) Reddito ISEE fino a € 3.615,00 (5 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Reddito ISEE da € 3.615,01 a € 7.747,00 (3 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Reddito ISEE oltre € 7.747,01 (2 punti) _____ | <input type="checkbox"/> | | |

Le fasce di reddito sopra riportate sono già individuate per gli interventi educativi dal *Regolamento Comprensoriale per l'erogazione dei Servizi Sociali* (tabella 3) approvato dall'Assemblea della Comunità Montana in data 30.01.03 con atto n.7 ancora in vigore ed attuabile per la tipologia dei servizi oggetto del presente atto.

4) PROBLEMI RIGUARDANTI IL BAMBINO, I GENITORI E GLI ALTRI FIGLI (massimo 15 punti)

Riservato all'Ufficio

| | si | punti | note |
|---|--------------------------|-------|------|
| a) stati di malattia del bambino (certificati dal S.S.N) (10 punti) | <input type="checkbox"/> | | |
| b) <u>stati di malattia di un genitore o di altro figlio (certificati dal S.S.N)</u> (15 punti) | <input type="checkbox"/> | | |
| c) <u>invalidità di un genitore con riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 60% (certificati dal S.S.N) (5 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |

5) RESIDENZA (massimo 10 punti)

Riservato all'Ufficio

| | si | punti | note |
|---|--------------------------|-------|------|
| a) <u>residenza nei Comuni dove sono presenti i servizi</u> <u>da oltre due anni (10 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) <u>residenza nei Comuni ei Comuni dove sono presenti i servizi</u> <u>da meno di due anni (8 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| c) <u>residenza negli altri Comuni del Comprensorio da almeno due anni (5 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |
| d) <u>residenza negli altri Comuni del Comprensorio da meno di due anni (3 punti)</u> | <input type="checkbox"/> | | |

CRITERI DI PREFERENZA A PARITA' DI PUNTEGGIO

1)anzianità della domanda

Riservato all'Ufficio

TOTALE PUNTEGGIO

Posizione in graduatoria N° _____

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà*
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ (luogo) _____ (_____) il _____
(prov.)
residente a _____ (_____) _____
(prov.)
in via/piazza _____ (luogo) _____ n. _____
(indirizzo)
telefono _____
_____ email _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, **in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario**, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

(barrare la/e casella/e di interesse)

- 1- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione o per motivi di salute
- 2- ha rinviato una o più vaccinazioni per motivi di salute
- 3- ha già richiesto all'ASL di effettuare le vaccinazioni obbligatorie mancanti tramite:
 - raccomandata A.R.
 - email ordinaria
 - PEC

(luogo e data)

Il Dichiarante

