

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASILO NIDO PRESSO LA EX-SCUOLA MATERNA DI CEOLA DI GIOVO.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a Lisignago in Via/P.zza _____
n. _____ telefono _____
eventuale indirizzo mail: _____ @ _____ codice fiscale
presso la Ex-Scuola Materna di Ceola di Giovo per il/la figlio/a
nato/a a _____
il _____ Codice fiscale _____.

A tal fine dichiara, consci delle responsabilità, anche penali, in caso di false dichiarazioni (*barcare solo se ricorre il caso*):

- che il/la bambino/a per il/la quale si richiede l'ammissione al servizio di asilo nido è portatore di handicap fisico, psichico o sensoriale (*allegare la certificazione rilasciata dalla competente Struttura Sanitaria*)
- che l'inserimento al servizio di asilo nido viene valutato elemento necessario per la tutela psico-fisica del/la bambino/a da parte del Servizio Sociale (*allegare la relativa relazione o proposta*)
- (**Indicazione facoltativa**) che si è disponibili a far iniziare la frequenza del nido a partire dal giorno _____, compatibilmente con la disponibilità del posto e la posizione in graduatoria, consapevole che qualora si rendesse disponibile un posto prima di tale data lo stesso non sarà comunicato e verrà scorsa la graduatoria.

Il richiedente si impegna a corrispondere mensilmente la retta di frequenza, composta da tariffa fissa e quota giornaliera, con le modalità e i tempi stabiliti dall'Amministrazione comunale direttamente al Comune di Giovo.

- Si allega alla presente la domanda ICEF attestante la tariffa di frequenza richiesta
oppure
- Non si allega alla presente la domanda ICEF attestante la tariffa di frequenza, e pertanto verrà applicata la tariffa di frequenza massima.

Lisignago, lì _____

Firma: _____

INFORMATIVA RELATIVA ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI

AI sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 Le forniamo le seguenti indicazioni:

- che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse, titolare del trattamento è il Comune di Lisignago,
- responsabile del trattamento è il Segretario Comunale,
- in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.



Comune di Lisignago

PROVINCIA DI TRENTO
VIA STRADA VECCHIA, 142 – 38030 LISIGNAGO
Cod. Fisc.: 80006890224 P. Iva: 00970630224
0461/683063 - FAX. 0461/682222
Sito Internet: www.comunelisignago.it
E-mail: c.lisignago@comuni.infotn.it



PEFC/18-21-02/33

ASILO NIDO DI GIOVO

Criteri per il calcolo delle rette di frequenza del servizio di asilo nido con decorrenza 1° settembre 2012:

1. *Per la frequenza al servizio Asilo Nido d'infanzia preso il Comune di Giovo i nuclei familiari utenti dello stesso devono corrispondere una tariffa mensile a titolo di compartecipazione al costo di gestione del servizio, nei seguenti importi:*
 - QUOTA MENSILE MINIMA **Euro 300,00.=;**
 - QUOTA MENSILE MASSIMA **Euro 370,00.=;**
 - Quota giornaliera di presenza da corrispondersi in misura uguale per tutti gli utenti: **Euro 1,60.**
2. *Al fine di usufruire di una riduzione rispetto alla quota mensile massima è necessario presentare apposita richiesta su modello predisposto dal Comune in sede di ammissione al servizio di asilo nido con allegata copia della domanda unica di condizione economica familiare (ICEF) rilasciata da Centro di consulenza accreditato (Caaf). In assenza di tale documentazione viene applicata la tariffa massima.*
3. *I dati ICEF per gli anni educativi successivi alla presentazione della domanda di ammissione dovranno essere presentati entro il mese di agosto. In assenza di tale documentazione viene applicata la tariffa massima.*
4. *La quota MENSILE MASSIMA si applica con coefficiente della condizione economica familiare uguale o superiore a **0,30.***
5. *La quota MENSILE MINIMA si applica con coefficiente della condizione economica familiare uguale o inferiore a **0,13.***
6. *Nel caso di coefficiente della condizione economica familiare compreso tra il valore 0,13 e il valore 0,30 la quota fissa mensile verrà calcolata proporzionalmente dallo stesso Centro di consulenza accreditato (Caaf).*