



**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
SERVIZIO INFANZIA "PICCOLO ORTO"  
PROGETTO  
"BorgoZeroSei. Borghi Maestri, Borghi da leggere"  
Anno educativo 2022/2023**

I sottoscritti

**Madre** (o chi ne fa le veci) .....

**Padre** (o chi ne fa le veci)..... e

residenti a ..... cap. .... in via .....

tel. casa ..... cell. mamma ..... cell. papà .....

e-mail .....

**CHIEDONO**

CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

**NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A** .....

**NATO/A A** ..... **II** .....

**RESIDENTE a** ..... **in via** .....

**NAZIONALITA'** .....

**CODICE FISCALE** .....

SIA AMMESSO/A A FREQUENTARE :

**IL SERVIZIO INFANZIA "PICCOLO ORTO"**

sito in località Fabreria 2, Sismano – Comune di Avigliano Umbro

orario 8.00-16.00 lunedì - venerdì

contributo pari a **180,00 + 5% IVA per mensa e servizi generali**

CONSAPEVOLI DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER IL CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, AI SENSI DELLA LEGGE 445 DEL 28/12/2000 DICHIARANO CHE (*barrare la voce che interessa*):



a) il/la minore di cui si richiede l'iscrizione appartiene ad un nucleo familiare composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui fratelli e sorelle n. \_\_\_\_\_ ed è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;

b) il/la bambino/a si trova nella condizione di disabilità certificata e segnalata, con apposita relazione funzionale accompagnatoria e progetto assistenziale individuale dalla ASL competente; SI - NO

c) il/la minore si trova nella seguente situazione familiare:  
o famiglia monoparentale (non vi rientrano le coppie di fatto, conviventi le quali, ai fini dell'ammissione al servizio, sono equiparate alle coppie legalmente coniugate); SI - NO

d) L'ISEE è compreso entro 12.000,00; SI - NO  
quantificare ISEE \_\_\_\_\_

e) nella famiglia sono presenti le seguenti situazioni:  
o condizione di disagio e presa in carico dei servizi sociali comunali in data antecedente la pubblicazione del bando; SI - NO

f) nella famiglia i genitori si trovano nella seguente situazione lavorativa:

<b>Madre</b> (o chi ne fa le veci)	<b>Padre</b> (o chi ne fa le veci)
Nome e Cognome _____	Nome e Cognome _____
C.F. _____	C.F. _____
Professione _____	Professione _____
Telefono _____	Telefono _____

g) acconsentono/non acconsentono (*cancellare la voce che non interessa*) a fare riprese filmate e/o fotografie durante le attività giornaliere, con la finalità di costituire un archivio fotografico da utilizzarsi esclusivamente per scopi connessi all'attività del servizio;

h) il/la bambino/a è allergico/a o intollerante ai seguenti alimenti ..... e quindi deve osservare la seguente dieta speciale (allegare certificazione del medico specialista all'atto dell'iscrizione);

i) altre necessità da specificare .....

INOLTRE I GENITORI DICHIARANO E SI IMPEGNANO COME SEGUE:



- provvederanno a comunicare tempestivamente al Comune di Avigliano Umbro e alla Cooperativa Sociale Cipss ogni successiva variazione intervenuta successivamente alla presentazione della domanda;
- sono consapevoli dell'ampia facoltà di controllo del Comune di Avigliano Umbro e della Cooperativa Sociale Cipss che si riserva di verificare la veridicità e correttezza delle dichiarazioni rese e dell'eventuale documentazione presentata e in tal senso, nel rispetto della normativa vigente, ha la facoltà di chiedere documentazione integrativa: qualora i controlli segnalassero dichiarazioni non veritiere e/o non corrette, in considerazione dell'esito dell'istruttoria, si procederà a quanto previsto dal Regolamento di funzionamento del nido (decadenza dal servizio) ed all'eventuale segnalazione all'autorità giudiziaria competente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- hanno cura della sicurezza e della salute del/la proprio/a bambino/a e di tutti/e i/le bambini/e frequentanti l'Asilo Nido evitando di far indossare e portare al nido oggetti di piccole dimensioni che potrebbero essere facilmente ingeriti (ad es. orecchini, collanine, fermagli per capelli, monete, ecc.) e osservando scrupolosamente quanto previsto dal Regolamento dell'Asilo Nido (obblighi sanitari per ammissione e frequenza).
- pagamento entro il 10 di ogni mese del contributo mensa pari a 180,00+ 4%IVA mensili corrisposta alla Società Cooperativa Sociale Cipss

**ALLEGANO:**

- 1) **Copia di un valido documento di riconoscimento dei sottoscrittori;**
- 2) **Copia di attestazione delle vaccinazioni (Ai sensi della L.R. n. 59 del 16 giugno 1980 e della deliberazione di Giunta Regionale n. 856 del 30 dicembre 2016 la mancata presentazione del modulo relativo alla attestazione delle vaccinazioni senza motivazione sanitaria (certificazione dal pediatra di libera scelta) preclude la frequenza al servizio).**

Data .....

**FIRMA DELLA MADRE** (o di chi ne fa le veci)

**FIRMA DEL PADRE** (o di chi ne fa le veci)

Ai sensi del D.lgs. 196/03 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) autorizzano, inoltre, la cooperativa Cipss al trattamento dei dati personali riportati nella presente domanda, nonché di ogni altra informazione socio economica e sanitaria finalizzata al presente procedimento ed indispensabili all'iscrizione e frequenza dell'Asilo Nido.

I dati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo ed il loro trattamento sarà realizzato da personale della cooperativa e dell'ASL (per competenza sanitaria), anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Data .....

**FIRMA DELLA MADRE** (o di chi ne fa le veci)

**FIRMA DEL PADRE** (o di chi ne fa le veci)



--

**ATTO DI DELEGA**

(All'uscita dall'Asilo Nido, i/le bambini/e saranno affidati/e esclusivamente ai genitori o ad adulti da questi designati per iscritto e presentati al personale; ogni modifica, anche temporanea, delle persone deve essere preventivamente comunicata per iscritto al servizio. Oltre agli adulti designati, i/le bambini/e possono essere affidati/e in casi eccezionali, previa comunicazione dei genitori al servizio, ad adulti da questi delegati per la singola occasione, muniti di documento di riconoscimento in corso di validità).

I sottoscritti.....

genitori di .....

**DELEGANO**

(la delega corredata da fotocopia del documento di identità personale si intende valida sino ad esplicita revoca scritta e va rinnovata per ogni anno scolastico di frequenza)

<b>Il/La Sig./ra</b>	<b>Documento identità</b>	<b>Firma</b>

a prendere in consegna il proprio/a figlio/a al termine della giornata.



**DICHIARANO**

di sollevare da qualsiasi responsabilità il personale della Cooperativa incaricato del servizio educativo.

**E PRENDONO ATTO**

che la responsabilità del personale della Cooperativa stessa cessa dal momento in cui il/la bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

Data .....

**FIRMA DELLA MADRE** (o di chi ne fa le veci)

**FIRMA DEL PADRE** (o di chi ne fa le veci)

---

---