

# AMBITO TERRITORIALE DI SAN MARCO ARGENTANO

## DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 2

### UFFICIO DI PIANO

*RUP Patrizia Scarniglia*



San Marco Argentano (Ente Capofila), Cervicati, Fagnano Castello, Malvito, Mongrassano, Mottafollone, Roggiano Gravina, San Donato di Ninea, San Lorenzo del Vallo, San Sosti, Santa Caterina Albanese, Sant'Agata di Esaro, Spezzano Albanese, Tarsia, Terranova da Sibari.

### **PAC II ° Riparto - INFANZIA**

**Modello richiesta iscrizione Asilo nido di Mottafollone Anno Educativo 2019-2020-** a valere sui fondi PAC INFANZIA II° RIPARTO- Programma Nazionale Servizi di cura all'Infanzia- Decreto n. 3036/PAC del 05/07/2019 - AdG Ministero dell'Interno. CONSIP” SERVIZI SOCIALI”.

**Al Distretto Socio  
Assistenziale n. 2,  
Via Roma,14  
87018 San Marco  
Argentano  
(CS)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

### **CHIEDE**

che \_\_\_\_ l \_\_\_\_ medesimo \_\_\_\_ venga ammesso \_\_\_\_ a frequentare il servizio di Asilo Nido  
sperimentale per l'anno educativo 2019/2020 presso l'asilo nido di Mottafollone.

Allega alla presente:

- Dichiarazione sostitutiva unica (D.P.C.M 5 dicembre 2013 e ss.mm.ii.) con l'indicatore della **situazione economica equivalente**, redditi 2017;
- Certificato medico attestante l'assenza di malattie contagiose o diffuse e l'idoneità a frequentare l'asilo nido, oltre a copia del tesserino delle vaccinazioni qualora effettuate.
- -Copia dell'avvenuto versamento della quota di compartecipazione al servizio di asilo nido in corrispondenza del ticket dovuto.
- (N.B. Il conto corrente dedicato è il seguente: IT87Y 03139 80980 000000087018, Intestato al Comune di San Marco Argentano, con la seguente causale: ticket di compartecipazione per retta asilo nido comunale di Mottafollone, anno scolastico 2019/2020).

Si riserva inoltre, di presentare la seguente documentazione all'atto dell'ammissione del proprio/a figlio/a:

\_\_\_\_\_

Ai fini della formulazione della graduatoria si indica, di seguito, la condizione socio-economica della propria famiglia:

(indicare le voci di proprio interesse)

- o situazioni familiari di disagio (segnalate dal servizio sociale)
- o bambino disabile
- o bambino appartenenti a nuclei familiari in cui esistano situazioni di malattia grave, certificata dalla ASP di appartenenza, oppure di reclusione ;

- orfano o figlio di madre nubile o ragazze madri di genitori separati, anche di fatto, o divorziati
- bambino di madre lavoratrice - studentessa
- bambino di genitori entrambi lavoratori
- bambino di genitori iscritti nelle liste di disoccupati
- bambino di lavoratore emigrato all'estero o in altre Regioni
- bambino appartenenti a famiglie numerose.

La graduatoria sarà formulata in base al regolamento d'accesso ai servizi per la prima infanzia deliberato dalla conferenza dei Sindaci del Distretto Socio-Assistenziale di San Marco Argentano, Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della quota mensile di compartecipazione al servizio per la prima Infanzia come da TABELLA DI RIFERIMENTO PER REDDITO I.S.E.E. di seguito riportata:

**Tariffario Mensile**

<b>Fascia di età compresa tra 3 – 12 mesi (LATTANTI)</b>			
I.S.E.E del nucleo familiare	Pagamento a carico del contribuente - % di partecipazione alla spesa	RETTA Tempo Pieno Ore 8.00 – 16.00	
FINO A € 10.000,00	€ 0,00 (ESENTE)		
DA € 10.000,01 A € 20.000,00	25 %	€ 112,50	
DA € 20.000,01 A € 30.000,00	50 %	€ 225,00	
Oltre € 30.000,01	75 %	€ 337,50	

<b>Fascia di età compresa tra 13 – 24 mesi (SEMIDIVEZZI)</b>			
I.S.E.E del nucleo familiare	Pagamento a carico del contribuente - % di partecipazione alla spesa	RETTA Tempo Pieno Ore 8.00 – 16.00	
FINO A € 10.000,00	€ 0,00 (ESENTE)		
DA € 10.000,01 A € 20.000,00	25 %	€ 100,00	
DA € 20.000,01 A € 30.000,00	50 %	€ 200,00	
OLTRE € 30.000,01	75 %	€ 300,00	

<b>Fascia di età compresa tra 25 – 36 mesi (DIVEZZI)</b>			
I.S.E.E del nucleo familiare	Pagamento a carico del contribuente - % di partecipazione alla spesa	RETTA Tempo Pieno Ore 8.00 – 16.00	
FINO A € 10.000,00	€ 0,00 (ESENTE)		

DA € 10.000,01 A € 20.000,00	25 %	€ 87,50	
DA € 20.000,01 A € 30.000,00	50 %	€ 175,00	
OLTRE € 30.000,01	75 %	€ 262,50	

\*Bambini affetti da patologie riconosciute dalla commissione media (L.104/92) ed altro sono esenti;

\*\* Per ogni ulteriore figlio si applicherà il 25% della tariffa per la fascia di appartenenza.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità che quanto sopraindicato risponde a verità. Inoltre in relazione al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" autorizza l'amministrazione comunale, ai sensi del predetto codice, ed in particolare dell'art. 20, al trattamento dei dati dichiarati allo scopo di formulare una graduatoria d'accesso al servizio, nonché alla loro comunicazione a pubbliche amministrazioni o al personale impegnato nell'assistenza del bambino, in ragione del servizio medesimo.

**Allega copia di un documento di identità personale.**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** La richiesta va presentata all'ufficio protocollo del Comune di San Marco Argentano.