



Comune di Copparo

Via Roma 28, 44034 Copparo (Ferrara) • tel. 0532 864511 • comune.copparo@cert.comune.copparo.fe.it • www.comune.copparo.fe.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI NIDI D'INFANZIA COMUNALI DI COPPARO "CADORE" E "GRAMSCI" PER LE BAMBINE E I BAMBINI NATE/I DAL 01/01/2019 AL 31/05/2021

ANNO EDUCATIVO 2021-2022

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA: DAL 10 MAGGIO AL 11 GIUGNO 2021

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(Il Richiedente Firmatario deve essere il Genitore/tutore legale al quale sarà intestata la certificazione per eventuali **detrazioni fiscali** ed eventuale bollettazione/fatturazione dei servizi richiesti)

NATO/A _____ IL _____ TEL _____

COD. FISCALE _____ E-MAIL _____

IN QUALITA' DI: GENITORE TUTORE LEGALE

DEL/DELLA BAMBINO/A _____ M F

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

COD. FISCALE _____ CITTADINANZA _____

NON RESIDENTE MA CON RICHIESTA DI RESIDENZA NEL COMUNE DI COPPARO AL SEGUENTE INDIRIZZO _____ PRESENTATA IN DATA _____

GIA' PRE ISCRITTO PER L'A.S. 2021/22 PRESSO ALTRO NIDO D'INFANZIA SI NO
CHIEDE

di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al seguente Nido d'infanzia comunale di Copparo

1° scelta: GRAMSCI CADORE

II° scelta: GRAMSCI CADORE

A TAL FINE DICHIARA

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 47 DEL DPR 28/12/2000, N. 455, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL CITATO DPR IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI

CHE:

1. IL NUCLEO FAMILIARE DEL BAMBINO/A E' COMPOSTO DAI SEGUENTI SOGGETTI:

| GRADO DI PARENTELA | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA |
|--------------------|----------------|-----------------|------------------|
| PADRE | | | |
| MADRE | | | |
| FIGLIO/A | | | |
| ALTRO COMPONENTE | | | |
| ALTRO COMPONENTE | | | |
| ALTRO COMPONENTE | | | |

2. E' IN POSSESSO DELLA SEGUENTE CONDIZIONE DI PRIORITA':

| | |
|--|--------------------------|
| 1) Bambino portatore di handicap con certificazione AUSL L.104/92 che allega alla domanda | <input type="checkbox"/> |
| 2) Bambino affetto da grave malattia cronica comprovata da certificazione AUSL che incide negativamente sulla vita di relazione | <input type="checkbox"/> |
| 3) Bambino orfano di entrambi i genitori o con entrambi i genitori con invalidità del 100% che necessitano di assistenza continua | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nucleo incompleto in cui manchi effettivamente la figura materna o paterna per la seguente causa: decesso di uno dei due coniugi; coniuge in carcere; ragazza madre/ragazzo padre | <input type="checkbox"/> |
| 5) Bambino con provvedimento dell'autorità giudiziaria a sostegno della genitorialità | <input type="checkbox"/> |
| 6) Bambino in affidamento temporaneo o pre-adottivo | <input type="checkbox"/> |
| 7) Invalidità di un genitore del 100% che necessita di assistenza continua | <input type="checkbox"/> |
| 8) Invalidità del 100% di un altro figlio che necessita di assistenza continua | <input type="checkbox"/> |
| <i>Nota: per i punti dal 3) all'8) è necessaria la presentazione di idonea certificazione.</i> | |

LA SITUAZIONE DEGLI ADULTI CHE COMPONGONO IL NUCLEO FAMILIARE E' LA SEGUENTE:

| | |
|--|--------------------------|
| a. padre o madre con invalidità dal 74% al 100% che non necessiti di assistenza continua | <input type="checkbox"/> |
| b. presenza nel nucleo familiare di un solo genitore per separazione o divorzio | <input type="checkbox"/> |
| c. presenza nel nucleo familiare di parenti conviventi invalidi al 100% che necessitano di assistenza continua e non ospiti di struttura protetta | <input type="checkbox"/> |
| <i>Nota: per i punti a) e c) è necessaria l'esibizione del certificato rilasciato dalla Commissione preposta, il punto b) dovrà essere debitamente documentato</i> | |

LA SITUAZIONE DEI MINORI CHE COMPONGONO IL NUCLEO FAMILIARE E' LA SEGUENTE:

| | |
|---|--------------------------|
| a. figlio di età fino a 16 anni con invalidità dal 34 % al 100% che non necessita di assistenza continua | <input type="checkbox"/> |
| b. figlio di età superiore ai 16 anni con invalidità dal 74% al 100% che non necessita di assistenza continua | <input type="checkbox"/> |
| c. N° ____ altri figli che abbiano meno di 6 anni al 31 dicembre 2020 | <input type="checkbox"/> |
| d. N° ____ altri figli che abbiano da 6 a 10 anni al 31 dicembre 2020 | <input type="checkbox"/> |
| e. N° ____ altri figli che abbiano da 11 a 16 anni al 31 dicembre 2020 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Riguardo ai punti a) e b) è necessaria l'esibizione del certificato rilasciato dalla Commissione preposta. Per la presente tipologia il punteggio corrispondente va assegnato per ogni figlio.</i> | |

LA SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI E' LA SEGUENTE:

| LAVORO (AUTONOMO O DIPENDENTE) | PADRE | MADRE |
|---|-------|-------|
| DATORE DI LAVORO (Specificare nominativo, sede legale e professione svolta) | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |
| LAVORO STAGIONALE (AUTONOMO O DIPENDENTE) | PADRE | MADRE |
| DATORE DI LAVORO (Specificare nominativo, sede legale e professione svolta) | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |

| ORARIO DI LAVORO | PADRE | MADRE |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) fino a 20 ore settimanali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) fino a 25 ore settimanali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) fino a 30 ore settimanali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) fino a 36 ore settimanali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) oltre le 36 ore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ore di lavoro straordinario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| GIORNI CON ORARIO DI LAVORO SPEZZATO | PADRE | MADRE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) N. 1 giorno spezzato alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) N. 2 giorni spezzati alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) N. 3 giorni spezzati alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) N. 4 giorni spezzati alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) N. 5 giorni spezzati alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) N. 6 giorni spezzati alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ORARIO DI LAVORO NOTTURNO | PADRE | MADRE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) notturno fisso fra le ore 22 e le ore 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) notturno a turni fra le ore 22 e le ore 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| GENITORI STUDENTI | PADRE | MADRE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) studente-non lavoratore con l'obbligo di frequenza per Scuola Secondaria di II° grado (pubblica o privata) oppure Università, oppure Scuola di specializzazione, oppure Dottorato di Ricerca Indicare la scuola frequentata: _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) studente-lavoratore con l'obbligo di frequenza per Scuola Secondaria di II° grado (pubblica o privata) oppure Università, oppure Scuola di specializzazione, oppure Dottorato di Ricerca Indicare la scuola frequentata: _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nota: non saranno considerati corsi di studio inferiori ai due anni.

| PENDOLARITA' | PADRE | MADRE |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (indicare sede di lavoro) | _____ | _____ |
| a) da 15 a 30 Km. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) da 31 a 50 Km. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) oltre 50 Km. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nota: la pendolarità si determina in relazione alla distanza chilometrica della sede di attività prevalente (lavoro o studio) e al percorso di sola andata.

| ASSENZA DALLA FAMIGLIA PER ATTIVITA' LAVORATIVA | PADRE | MADRE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Assenza continuativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Assenza per un periodo da 3 a 5 giorni alla settimana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Il punteggio della presente tipologia non va sommato a quello della pendolarità e deve essere documentato al momento della presentazione della domanda.

| ADEMPIMENTI VACCINALI PER L'ISCRIZIONE AI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) il/la bambino/a risulta in regola con le vaccinazioni obbligatorie previste dalla normativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) il sottoscritto autorizza il Comune di Copparo ad acquisire l'idoneità alla frequenza direttamente presso l'Ausl di competenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) il bambino potrebbe iniziare la frequenza prima del compimento del 6° mese di vita e non aver effettuato la prima dose obbligatoria, in tal caso il bambino potrebbe essere ammesso con riserva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) il sottoscritto presenta direttamente il certificato vaccinale all'Ufficio Scuola del Comune di Copparo nel caso in cui il bambino/a non sia registrato/a nell'anagrafe vaccinale dell'Ausl di competenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DETERMINAZIONE DELLA RETTA MENSILE

Le tariffe dei Nidi e delle Scuole dell'Infanzia sono composte da una quota fissa determinata in base allo scaglione ISEE e da una quota variabile che dipende dai giorni di effettiva presenza (la quota pasto giornaliera) di cui alla Delibera di Giunta n. 120 del 15/12/2020 allegato 3. Per la definizione della quota fissa che concorre alla copertura di una parte del costo generale del servizio si individuano differenti scaglioni ISEE. La mancata presentazione della dichiarazione ISEE comporta l'inserimento dell'utente nell'ultima fascia.

A tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso di nuova attestazione ISEE 2021** (con data di rilascio successiva al 15/01/2021) che si allega al presente modulo

rilasciata
in data

con valore ISEE
del minore

€

- di presentare autocertificazione ISEE entro e non oltre lunedì 14-09-2021**, modificando direttamente il presente modulo agli atti dell'Ufficio Scuola (*INVIARE ATTESTAZIONE ISEE 2021*)

- di NON voler presentare alcuna attestazione ISEE** (*con conseguente applicazione della quota fissa massima pari ad € 246,00 + pasti*)

- di usufruire della riduzione del 30% sulla quota FISSA della retta del/la fratello/sorella maggiore**, avendo un 2° figlio iscritto presso lo stesso nido o altro nido/scuola dell'Infanzia comunale

NOME DEL FRATELLO/SORELLA _____

C/O NIDO/SCUOLA _____ SEZIONE _____

- Di essere RESIDENTE IN UNO DEI COMUNI DELL' UNIONE TERRE E FIUMI (RIVA DEL PO E TRESIGNANA) e di essere consapevole che** per i non residenti nel Comune di Copparo ma appartenenti all'Unione dei Comuni Terre e Fiumi si applicano le medesime tariffe dei residenti, ma solo dalla 6^a alla 20^a fascia ISEE. E' stabilita pertanto una **quota fissa minima** corrispondente a quella della **6^a fascia ISEE** per coloro con ISEE compreso tra la fascia 1^a e la fascia 5^a

- Di essere RESIDENTE IN UN ALTRO COMUNE NON APPARTENENTE ALL'UNIONE TERRE E FIUMI e di essere consapevole che** si applicano le medesime tariffe dei residenti, ma solo dalla 10^a alla 20^a fascia ISEE. E' stabilita pertanto una **quota fissa minima** corrispondente a quella della **10^a fascia ISEE** per coloro con ISEE compreso tra la fascia 1^a e la fascia 9^a

REFEZIONE SCOLASTICA

Il servizio di refezione scolastica prevede la somministrazione di pasti veicolati attraverso un servizio catering che viene assicurato dal Comune tramite affidamento di gestione a terzi nel rispetto della legislazione vigente in materia. Per l'anno 2021 il costo del pasto è di € 3,89, nella retta mensile verranno addebitati solo i pasti effettivamente consumati.

Le tabelle dietetiche e i menù adottati sono elaborati dal Nutrizionista incaricato dall'UFFICIO SCUOLA del Comune di Copparo, in collaborazione con la PEDIATRIA DI COMUNITA' dell'Azienda USL di Ferrara, in linea con le raccomandazioni dell'Istituto Nazionale della Nutrizione e i LARN (Livelli di Assunzione giornaliera Raccomandati in Nutrienti).

Il menù giornaliero comprende la colazione (per chi usufruisce dell'orario anticipato), La tabella dietetica è su 4 settimane e prevede un menù autunno-inverno da Ottobre a Marzo e un menù primavera-estate da Aprile a Settembre, per consentire una adeguata varietà in funzione anche della stagionalità dei prodotti impiegati (privilegiando in particolare il consumo di cereali, legumi, verdura e frutta fresca di stagione, pesce, olio extra vergine di oliva e riducono il consumo di carni e latticini, provenienti prevalentemente da agricoltura biologica).

Sono possibili **diete personalizzate**, su richiesta del pediatra di base, per seri e comprovati motivi sanitari oppure su richiesta del genitore motivi etico-religiosi o per indisposizioni temporanee.

A tal fine:

- Richiede DIETA SPECIALE PER INTOLLERANZE ALIMENTARI/ALLERGIE (**il certificato medico deve essere presentato insieme al presente modulo oppure entro e non oltre 31/07/2021 all'indirizzo scuola@comune.copparo.fe.it**)

PATOLOGIA _____

ALIMENTI DA EVITARE _____

- Richiede DIETA ETICO-RELIGIOSA priva dei seguenti alimenti:

NO CARNE

NO CARNE DI MAIALE

ALTRO _____

- Chiede di NON UTILIZZARE IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA (con uscita obbligatoria alle ore 12.00)**

- Per altre richieste legate al servizio mensa (es. presenza di OSS, ecc.) specificare di seguito e allegare i relativi giustificativi

ORARIO ANTICIPATO E/O PROLUNGATO

L'orario scolastico inizia alle ore 08.30 e termina alle 16.30. Dalle 07.30 alle ore 08.30 vi è la possibilità di fruire **dell'orario anticipato in ogni plesso**. Per quanto concerne il **prolungamento d'orario**, va dalle 16.30 alle 18.00 ed è possibile fruirla presso il Nido GRAMSCI **soltanto a partire dai 12 mesi d'età**. Possono usufruire di un orario prolungato, previa domanda, le famiglie in cui entrambi i genitori ne abbiano necessità per motivi di lavoro o di studio. Il servizio di orario prolungato potrà essere attivato solo con un numero minimo di domande con organizzazione a discrezione dell'Amministrazione Comunale anche in ragione della sostenibilità economica del costo del servizio, così come previsto all'art. 5 del *Regolamento Comunale dei Servizi erogati dal Comune per l'infanzia (Deliberazione di C.C. N. 82/2015)*. Il servizio di estensione dell'orario scolastico è un servizio valevole per l'intero anno scolastico a partire dal momento in cui si fa richiesta; le giornate di assenza non sono rimborsate.

Le **quote relative all'orario anticipato e/o prolungato** possono essere corrisposte in n. 2 rate anticipate (la prima entro il mese di settembre e la seconda entro gennaio dell'anno successivo) oppure in rate mensili da pagare secondo la scadenza indicata.

Richiede l'attivazione dell'orario **ANTICIPATO** dalle ore 7.30 alle ore 8.30 (€ 20,00/mese) a partire dal mese di _____

Richiede l'attivazione dell'orario **PROLUNGATO** dalle ore 16.30 alle 18.00 (€ 34,00/mese) a partire dal mese di _____

Richiede orario **ANTICIPATO E PROLUNGATO** dalle ore 7.30 alle ore 8.30 e dalle ore 16.30 alle 18.00 (€ 41,00/mese) a partire dal mese di _____

A tal fine **DICHIARA** di essere impegnato nella seguente attività lavorativa:

DATORE DI LAVORO _____

SEDE _____ TEL. _____

ORARIO DI LAVORO _____ PER N. _____
GIORNI/SETTIMANA

DICHIARA altresì – anche a nome e **per conto dell'altro genitore** o soggetto cui la legge riconosce potestà sul minore il quale è a conoscenza del contenuto della presente nota e ne condivide la sottoscrizione – che il **Sig /la Sig.ra** _____

(indicare il cognome e nome dell'altro genitore)

è impegnato/a nella seguente attività lavorativa:

DATORE DI LAVORO _____

SEDE _____ TEL. _____

ORARIO DI LAVORO _____ PER N. _____ GIORNI/SETTIMANA

DELEGA PER RITIRO MINORE

Il sottoscritto, anche a nome e per conto dell'altro genitore o soggetto cui la legge riconosce potestà sul minore, il quale è a conoscenza del contenuto della presente nota e ne condivide la sottoscrizione, **DELEGA le seguenti persone maggiorenni**, che dovranno esibire alle insegnanti il proprio documento di identità in corso di validità:

| COGNOME | NOME | DATA NASCITA | GRADO DI PARENTELA O ALTRO |
|---------|------|--------------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

a riprendere in consegna il/la proprio/a figlio/a dal suddetto Nido d'infanzia negli orari prestabiliti di uscita, senza sostare all'interno dei locali interni e/o dell'area cortiliva esterna oltre gli orari consentiti e sollevando le insegnanti e l'Amministrazione comunale da qualsiasi responsabilità.

La presente autorizzazione ha validità dal momento della sottoscrizione fino al 31 luglio 2022.

E' possibile integrare e/o modificare la presente delega in qualsiasi momento dell'anno scolastico, rivolgendosi al personale di sezione.

PRIVACY POLICY IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO UE 2016-679

Il sottoscritto, anche a nome e per conto dell'altro genitore o soggetto cui la legge riconosce potestà sul minore, il quale è a conoscenza del contenuto della presente nota e ne condivide la sottoscrizione, **PRENDE ATTO**

- CHE l'Amministrazione comunale di Copparo ha aggiornato la propria privacy policy in conformità al Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali;
- CHE, in osservanza a quanto previsto dal regolamento, i dati raccolti dai nidi e dalle scuole dell'infanzia comunali vengono trattati, osservati e gestiti secondo le idonee misure di sicurezza al fine di garantire la sicurezza e integrità dei dati in possesso DELL'Amministrazione comunale;

• CHE l'Amministrazione comunale ha inoltre provveduto ad aggiornare le informative sul trattamento dei dati e le intere procedure di gestione degli stessi, come pubblicato sul sito internet istituzionale www.comune.copparo.fe.it .

• Responsabile della Protezione dei dati è LEPIDA SPA di Bologna e-mail segreteria@lepida.it pec segreteria@pec.lepida.it

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero ed inoltre **dichiara:**

- di autorizzare qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;
- di produrre documenti eventualmente richiesti dall'Amministrazione Com.le nell'ambito di tali verifiche;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadere dai benefici acquisiti e di incorrere nelle sanzioni previste dalla legge;
- di aver preso visione completa di quanto disposto dal Bando di cui alla presente domanda **per l'anno educativo 2021-2022** circa gli adempimenti connessi alla formazione delle graduatorie, alle procedure di ammissione dei/delle bambini/e;
- di aver preso visione del vigente "Regolamento dei Servizi erogati dal Comune per l'Infanzia" di cui alla delibera di C.C. n.82/2015, pubblicato sul sito dell'Ente www.comune.copparo.fe.it ;
- di prendere atto del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 "*Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati*", di essere consapevole che l'ente locale può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, e di acconsentire all'utilizzo di dati e immagini del proprio/a figlio/a all'interno delle attività pedagogiche educative dei Nidi d'infanzia comunali;
- di autorizzare l'Amministrazione Com.le ad informare il sottoscritto, anche attraverso strumenti informatici e multimediali (SMS-EMAIL-ecc..), in merito a notizie inerenti il servizio in oggetto;
- che l'altro genitore è a conoscenza e d'accordo circa le scelte esplicitate attraverso la presente domanda (ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 455, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci).

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- ISEE 2021 (*non obbligatorio*) SI NO
- DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
- ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Si prega di voler segnalare di seguito altre informazioni utili ai fini del perfezionamento della pratica di iscrizione (attivazione PROTOCOLLO FARMACI, presenza di CERTIFICAZIONE L.104, necessità particolari)
