

AL COMUNE DI RIPATRANSONE

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Piazza XX Settembre n. 1

63065 RIPATRANSONE (AP)

OGGETTO: DOMANDA ISCRIZIONE NIDO COMUNALE ANNO EDUCATIVO ____/____

Il/La sottoscritto/a

C.F.nato/a a

il residente in

Via n.

E-mail: -

in qualità di: *genitore* *tutore*

[N. tel. di entrambi i genitori (*madre*) - (*padre*)]

e nell'interesse del/della bambino/a

C.F. nato/a a

il residente in

Via n.

CHIEDE

L'inserimento del/della bambino/a su identificato/a presso il Nido Comunale avente le seguenti sedi:

(Barrare quello che interessa)

- CENTO STORIE, sito in Piazzale S. Filippo Neri**
- PICCOLI PASSI, sito in Via del Tricolore n. 12 c/o zona residenziale "La Vigna"**

Con il seguente orario:

(Barrare quello che interessa)

- TEMPO RIDOTTO SENZA PASTO (dalle ore 07:30/09:30 alle ore 12:00)
- TEMPO RIDOTTO CON PASTO (dalle ore 07:30/09:30 alle ore 13:30)
- TEMPO NORMALE/PIENO (dalle ore 07:30/09:30 alle ore 16:00)

Inoltre

(Barrare quello che interessa)

- MANIFESTA INTERESSE
- NON MANIFESTA INTERESSE

ad un prolungamento dell'orario fino alle ore 18:00, laddove attivato.

DICHIARA

(Barrare quello che interessa)

- Che il/la minore appartiene ad una delle categorie di soggetti indicati dall'art. 6 (Situazioni di vulnerabilità – Riserve posti) del Regolamento Comunale per il funzionamento e la gestione dei Nidi.
- Che il/la minore ha già frequentato il Nido nel precedente Anno Educativo/.....
- Che il/la minore è residente nel Comune di Ripatransone in Via/C. da
.....
- la presenza di un altro/a figlio/a (specificare nome e cognome) già frequentante il Nido (specificare la sede del Nido)
- Che entrambi i Genitori lavorano nel territorio del Comune di Ripatransone e precisamente presso:
MADRE
PADRE
- Che uno solo dei genitori (specificare nome e cognome) lavora nel territorio del Comune di Ripatransone e precisamente presso
.....
- Essere UNICO GENITORE (vedovo/separato/divorziato o status di famiglia monoparentale)
- Che il/la minore è residente nel Comune di (se diverso dal Comune di Ripatransone)

DICHIARA INOLTRE

Che la situazione economica del proprio nucleo familiare è indicata nell'allegata attestazione ISEE.

Di aver letto ed accettato in ogni sua parte il Regolamento Comunale per il funzionamento e la gestione dei Nidi d'Infanzia.

Di aver preso atto dell'Informativa sulla Privacy allegata.

Si allega:

- **Documento d'Identità di entrambi i genitori o di un solo genitore (status di famiglia monoparentale)**
- **Attestazione ISEE in corso di validità**
- **Tesserino delle vaccinazioni del/della minore**
- **Certificato medico (rilasciato dal pediatra curante, attestante l'idoneità del/della minore alla frequenza del servizio educativo)**

Ripatransone, li _____

*FIRMA di un genitore
esercitante la potestà genitoriale*

TARIFFE ASILO NIDO

Tariffe approvate con Delibera di Giunta n. 122 del 15.11.2024

REDDITO ANNUO ISEE	QUOTA TARIFFA MENSILE NIDO		
	<u>SENZA PASTO</u> (Riduzione 30%) Orario 7.30-12.00	<u>CON PASTO</u> (Riduzione 20%) Orario 7.30-13.30	<u>TEMPO PIENO</u> Orario 7.30-16.00
FINO A 10.000,00 €	€ 171,50	€ 196,00	€ 245,00
DA 10.001,00 A 14.000,00 €	€ 189,00	€ 216,00	€ 270,00
DA 14.001,00 A 20.000,00 €	€ 210,00	€ 240,00	€ 300,00
OLTRE 20.000 €	€ 238,00	€ 272,00	€ 340,00
NON RESIDENTI (A prescindere dal Reddito ISEE)	€ 280,00	€ 320,00	€ 400,00

Si applicano le seguenti riduzioni:

- Riduzione del 30% per la frequenza dalle ore 07.30/09.30 alle ore 12.00 (SENZA PASTO);
- Riduzione del 20% per la frequenza dalle ore 07.30/09.30 alle ore 13.30 (CON PASTO).

PAGAMENTO DELLA TARIFFA

Il pagamento della tariffa viene effettuato **entro la fine del mese di riferimento**.

Il pagamento è effettuato tramite Bonifico Bancario alle seguenti coordinate:

COORDINATE IBAN: IT 04K 08769 69690 0000 0000 0012

Intestato a: **Comune di Ripatransone**

Causale: **Quota RETTA NIDO**

(specificare il Nome della Sede del Nido e il Nome del minore)

La quota mensile dovrà essere corrisposta indipendentemente dalle presenze.

Sulla suddetta mensilità sarà applicata la riduzione in caso di eventuale malattia del minore.

Il mancato pagamento della tariffa darà luogo al recupero coattivo del credito fermo quanto previsto all'art 8 del Regolamento Comunale per il funzionamento e la gestione dei Nidi d'Infanzia.

Una volta effettuato il pagamento è necessario **inviare copia della ricevuta** a mezzo mail all'indirizzo di posta elettronica: sociale@comune.ripatransone.ap.it o con consegna a mano presso l'Ufficio Servizio sociali di questo Comune.

ESONERI TOTALI E PARZIALI DAL PAGAMENTO DELLA TARIFFA

Per situazioni particolari di estremo disagio sociale/economico, la Giunta Comunale previa dettagliata relazione del servizio sociale può disporre l'esonero totale o parziale del pagamento dei servizi.

In caso di assenza per malattia superiore a DIECI GIORNI CONSECUTIVI (inclusi festivi) la quota sarà **ridotta del 20%** fino al rientro al Nido del minore come indicato nello schema seguente:

	ASSENZA SUPERIORE A 10 GG RIDUZIONE 20% della QUOTA TARIFFA MENSILE (Con Allegato Certificato Medico)		
REDDITO ANNUO ISEE	SENZA PASTO (Riduzione 30%) Orario 7.30-12.00	CON PASTO (Riduzione 20%) Orario 7.30-13.30	TEMPO PIENO Orario 7.30-16.00
FINO A 10.000,00 €	€ 137,20	€ 156,80	€ 196,00
DA 10.001,00 A 14.000,00 €	€ 151,20	€ 172,80	€ 216,00
DA 14.001,00 A 20.000,00 €	€ 168,00	€ 192,00	€ 240,00
OLTRE 20.000 €	€ 190,40	€ 217,60	€ 272,00
NON RESIDENTI (A prescindere dal Reddito ISEE)	€ 224,00	€ 256,00	€ 320,00

In caso di assenza per malattia per l'intero mese di riferimento [30 (TRENTA) GIORNI CONSECUTIVI] (inclusi festivi) la quota mensile sarà **ridotta del 50%** fino al rientro al Nido del minore come indicato nello schema seguente:

	ASSENZA TRENTA GIORNI CONSECUTIVI RIDUZIONE 50% della QUOTA TARIFFA MENSILE (Con Allegato Certificato Medico)		
REDDITO ANNUO ISEE	SENZA PASTO (Riduzione 30%) Orario 7.30-12.00	CON PASTO (Riduzione 20%) Orario 7.30-13.30	TEMPO PIENO Orario 7.30-16.00
FINO A 10.000,00 €	€ 85,75	€ 98,00	€ 122,50
DA 10.001,00 A 14.000,00 €	€ 94,50	€ 108,00	€ 135,00
DA 14.001,00 A 20.000,00 €	€ 105,00	€ 120,00	€ 150,00
OLTRE 20.000 €	€ 119,00	€ 136,00	€ 170,00
NON RESIDENTI (A prescindere dal Reddito ISEE)	€ 140,00	€ 160,00	€ 200,00

Le riduzioni si applicano solo in presenza di CERTIFICAZIONE MEDICA.

Per quanto non contemplato nella presente Domanda si rinvia al Regolamento Comunale per il funzionamento e la gestione dei Nidi d'Infanzia e alle Norme, Leggi Regionali e Nazionali vigenti e loro eventuali successive modifiche ed integrazioni.

FIRMA di entrambi i genitori

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445/2000.

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del trattamento: i dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

2. Modalità del trattamento: i dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

3. Conferimento dei dati: il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all'accettazione e alla successiva trattazione della pratica.

4. Ambito di comunicazione: i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

5. Titolare del Trattamento: il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Ripatransone, Piazza XX Settembre – 63065 Ripatransone. **Sito:** www.comune.ripatransone.ap.it

6. Responsabile del Trattamento: è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento.

7. Responsabile della Protezione dati (DPO) è Avv. Francesco Barchielli, p.zza Indipendenza n.10 - 50129 Firenze.

8. Diritti dell'interessato: l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dagli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679 rivolgendosi ai Servizi Sociali del Comune di Ripatransone.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all'accettazione ed alla successiva trattazione della pratica.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Ripatransone, li _____

FIRMA di entrambi i genitori

