

AL SIG. SINDACO DEL  
COMUNE DI GROTTAMMARE

DOMANDA PER L'AMMISSIONE  
AL CENTRO DI INFANZIA "POLLICINO"  
ANNO EDUCATIVO 2020/2021

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a .....

in via ..... N. ....

n.tel di entrambi i genitori.....(.....).....(.....)

E - mail.....

in qualità di ..... di:

Nome e cognome del bambino .....

nato a .....il .....

residente a .....

in via ..... n .....

**CHIEDE**

L'iscrizione del suddetto bambino al centro per l'infanzia, con scelta del *(barrare l'opzione richiesta)*:

**Tempo Ridotto non comprensivo del pasto**: entrata dalle 7.30 alle 9.30 - uscita alle 12.00

**Tempo Ridotto** : entrata dalle 7.30 alle 9.30 - uscita alle 13.30;

**Tempo Normale**: entrata dalle 7.30 alle 9.30 - uscita alle 16.00;

**Tempo Prolungato**: entrata dalle 7.30 alle 9.30 - uscita alle 18.00;

Grottammare, \_\_\_\_\_

FIRMA del Genitore  
Esercente la patria potestà

1. copia certificato di vaccinazione
2. certificato di sana costituzione

## **COSTO DEL SERVIZIO ( rif. DGC n.74 del 15.04.2020):**

All'inizio dell'anno educativo è previsto il pagamento di una **quota di iscrizione pari ad € 80,00) annuali**. Detta tassa di iscrizione non viene riparametrata nel caso in cui l'iscrizione avvenga nel corso dell'anno educativo.

Gli importi delle rette sono i seguenti :

- **€ 273,00 per la frequenza al tempo ridotto non comprensivo del pasto**  
entrata dalle 7.30 alle 9.30 - uscita dalle 12,00
- **€ 303,00 per la frequenza al tempo ridotto**  
entrata dalle 7.30 alle 9.30 - uscita alle 13.30
- **€ 354,00 per la frequenza al tempo normale**  
entrata dalle 7.30 alle 9.30 – uscita alle 16.00
- **€ 404,00 per la frequenza al tempo prolungato**  
entrata dalle 7.30 alle 9.30 – uscita alle 18.00

### **IMPORTANTE :**

Per i **NON RESIDENTI**, facendo riferimento alle diverse tipologie di rette , si calcola un aumento della retta pari al 20% (venti per cento).

La maggiorazione del 20% sulla retta posta a carico dei non residenti , sarà introitata dal Comune di Grottammare: RIF. BCC – BANCA DEL PICENO CREDITO COOPERATIVO SOCIETA' COOPERATIVA - IBAN: IT 63 U 08474 69470 000260102451

***NOTA :I a riapertura dei servizi per il nuovo anno educativo 2020- 2021, sarà soggetta alle prossime disposizioni governative in materia (le quali potrebbero anche sancire la non riapertura o lo slittamento della stessa) e che, in ogni modo, alla ripartenza del nuovo anno educativo l'Amministrazione comunale garantirà il rispetto delle condizioni di sicurezza di tutela della salute, prescritte a livello nazionale, ovvero attraverso l'adozione del Protocollo di sicurezza anti-contagio, circa la regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus-Covid19.***

***L'organizzazione e il funzionamento del servizio di Centro Infanzia potrebbero, altresì, subire una rimodulazione, per prevedibili contrazioni, rispettivamente, nei termini sia del numero di bambini ammissibili alla frequenza sia della durata della relativa fascia oraria di frequenza/permanenza nella struttura, per l'applicazione del prossimo "Protocollo di sicurezza anti-contagio", a recepimento delle misure di contenimento della diffusione del virus-Covid19.***

# NUCLEO FAMILIARE

Componenti del Nucleo Familiare:

	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di Nascita	Sesso M/F	Professione	
Padre						
Madre						
Figlio da iscrivere						
Altro figlio						
Altro figlio						
Altro figlio						

Esistono ulteriori conviventi all'interno del Nucleo Familiare?      SI       NO

Se sì, quali?

-Nonni (cognome e nome).....Anni.....

.....Anni.....

.....Anni.....

-Altri (cognome , nome, grado di parentela):

.....

.....

.....

il bambino è portatore di handicap?      SI       NO

Se sì, quale? (adeguata documentazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica)

.....

.....

.....

il padre o la madre del bambino necessitano

di continua assistenza?      SI       NO

Se sì, quale? (adeguata documentazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica)

.....

.....

.....

uno o più fratelli del bambino necessitano

di continua assistenza?      SI       NO

Se sì, quale? (adeguata documentazione di istituzione sanitaria o assistenziale pubblica)

.....

.....

.....

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare? SI  NO   
in caso di risposta negativa specificare il motivo.....  
.....  
.....

Si tratta di domanda per gemelli SI  NO

E' in corso una nuova gravidanza (presentare certificato medico) SI  NO

L'abitazione in cui il nucleo risiede da quanti vani è Composta?(esclusa cucina, servizi e corridoi)  
1  2  3  4  Mini appartamento(monocale)

Il nucleo possiede l'automobile? SI  NO   
-Se si, quale?.....  
-Chi, presumibilmente accompagnerà il bambino/a al nido?.....  
.....

## AFFIDABILITA'

. Nonno paterno Età.....  
Dipendente  lav. Autonomo  Pensionato

. Nonna paterna Età.....  
Dipendente  lav. Autonomo  Pensionato  casalinga

Indirizzo abitazione: città.....  
Via.....N°.....Tel.....  
Indirizzo e denominazione dei posti di lavoro:.....  
.....  
.....

. Nonno materno Età.....  
Dipendente  lav. Autonomo  Pensionato

Nonna materna Età.....  
Dipendente  lav. Autonomo  Pensionato  casalinga

Indirizzo abitazione: città.....  
Via.....N°.....Tel.....  
Indirizzo e denominazione dei posti di lavoro:.....  
.....  
.....

# LAVORO DEI GENITORI

## **PADRE**

Età.....titolo di studio.....

Professione.....

Lavoratore  Dipendente  Autonomo  Dipendente a domicilio

Indirizzo del posto di lavoro e denominazione della Ditta.....

Tipo di lavoro .....

Ha un lavoro saltuario e/o a tempo determinato? SI  NO   
(certificato del datore di lavoro)

-fino a settembre, incluso

-da ottobre, incluso

E' disoccupato o pensionato? ... SI  NO

Se si, è iscritto alle liste di collocamento?  
(presentazione certificato di iscrizione )

E' studente? (documentazione scuola o università) SI  NO

E' sospeso dal lavoro a 0 ore senza percepire stipendio SI  NO

Lavoratore studente? SI  NO   
(documentazione scuola o università e datore lavoro)

Rientra in uno dei seguente monte ore settimanali?  
(certificato del datore di lavoro) -oltre 36 ore   
-da 36 a 20 ore   
-meno di 20 ore

E' assente dalla famiglia per lavoro:

-per tutta la settimana SI  NO

-per settimane alterne SI  NO

E' pendolare? SI  NO

-distanza: più di 20 km

-distanza: meno di 20km

E' turnista con impegno notturno? SI  NO

# MADRE

Età.....titolo di studio.....

Professione.....

Lavoratore  Dipendente  Autonomo  Dipendente a domicilio

Indirizzo del posto di lavoro e denominazione della Ditta.....

.....

.....

Tipo di lavoro .....

.....

Ha un lavoro saltuario e/o a tempo determinato? SI  NO   
(certificato del datore di lavoro)  
-fino a settembre, incluso   
-da ottobre, incluso

E' disoccupato o pensionato? SI  NO   
Se si, è iscritto alle liste di collocamento?  
(presentazione certificato di iscrizione )

E' studente? (documentazione scuola o università) SI  NO

E' sospeso dal lavoro a 0 ore senza percepire stipendio SI  NO

Lavoratore studente? SI  NO   
(documentazione scuola o università e datore lavoro)

Rientra in uno dei seguente monte ore settimanali?  
(certificato del datore di lavoro) -oltre 36 ore   
-da 36 a 20 ore   
-meno di 20 ore

E' assente dalla famiglia per lavoro:  
-per tutta la settimana SI  NO   
-per settimane alterne SI  NO

E' pendolare? SI  NO   
-distanza: più di 20 km   
-distanza: meno di 20km

E' turnista con impegno notturno? SI  NO

