



Comune di Montevarchi



Al Sindaco del Comune di MONTEVARCHI

Informazioni anagrafiche del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale intestatario del pagamento della retta e della domanda per il **BONUS INPS**:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Comune (Stato Estero per Stranieri) di nascita _____ Provincia _____

Cittadinanza _____ Sesso _____

Comune di residenza _____

Via _____ Civico _____ / _____ Cap _____

Recapiti telefonici _____

E-mail _____

Informazioni anagrafiche dell'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Comune (Stato Estero per Stranieri) di nascita _____ Provincia _____

Cittadinanza _____ Sesso _____

Comune di residenza _____

Via _____ Civico _____ / _____ Cap _____

Recapiti telefonici _____

E-mail _____

CHIEDONO che il bambino/a

Informazioni anagrafiche del bambino/a per cui si chiede l'iscrizione

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Comune (Stato Estero per Stranieri) di nascita _____ Provincia _____

Cittadinanza _____ Sesso _____

Comune di residenza _____

Via _____ Civico _____ / _____ Cap _____

VENGA AMMESSO/A A FREQUENTARE IL NIDO D'INFANZIA:

☐

Nido d'infanzia LA FARFALLA
accoglie i bambini che abbiano compiuto 12 mesi al 31 dicembre 2025

| | Orario Entrata | Orario Uscita | |
|--------------------------|-------------------|------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 7.30 | 14.00 | comprensivo del pranzo |
| <input type="checkbox"/> | 7.30 | 16.30 | comprensivo del pranzo e del riposo |
| <input type="checkbox"/> | 7.30 | 18.00 | comprensivo del pranzo e del riposo |

Informazioni relative alla situazione sanitaria del bambino/a:

Bambino disabile ai sensi della L.104/92

☐ SI

☐ NO

In caso di risposta affermativa:

- tipologia disabilità ☐ art.3 co. 1 ☐ art. 3 co. 3
- nome del Pediatra di Libera Scelta _____
- specialista di riferimento:
 - tipologia del professionista _____
 - nome e cognome _____
 - recapito telefonico _____
- assistente sociale di riferimento: nome e cognome _____

N.B. - La fascia oraria di permanenza al nido sarà oggetto di valutazione, condivisa con i genitori, insieme all'équipe multidisciplinare

**ESTRATTO DAL REGOLAMENTO
DEI SERVIZI EDUCATIVI ALLA PRIMA INFANZIA DEL COMUNE MONTEVARCHI
(Delibera C.C. n. 49 del 30.05.2017)**

Il servizio si riserva di accogliere le domande secondo la disponibilità dei posti previsti dal programma annuale.

Qualora le domande siano eccedenti rispetto ai posti disponibili, le ammissioni al servizio avverranno secondo i seguenti criteri:

**Priorità con punteggio
SITUAZIONE FAMILIARE**

| | | |
|--|--------------------------|---------|
| 1. Per la mancanza di un genitore (orfani; madre nubile o padre celibe con figlio non riconosciuto dall'altro genitore naturale) | <input type="checkbox"/> | Punti 9 |
| 2. Per separazioni legali, divorzi e nuclei monoparentali | <input type="checkbox"/> | Punti 9 |
| 3. Presenza di genitore o altri figli coabitanti con invalidità o disabilità | <input type="checkbox"/> | Punti 9 |
| 4. Presenza di altro familiare coabitante disabile grave | <input type="checkbox"/> | Punti 4 |
| 5. Presenza di genitore al quale vengano sospese le responsabilità genitoriali | <input type="checkbox"/> | Punti 3 |
| 6. Per ogni altro figlio da 0 a 3 anni di età | <input type="checkbox"/> | Punti 3 |
| 7. Per ogni altro figlio da 3 a 10 anni di età | <input type="checkbox"/> | Punti 2 |

SITUAZIONE LAVORATIVA

da calcolare per ogni genitore o persona che esercita la responsabilità genitoriale
(Dichiarazioni ai sensi DPR 445/2000)

Sulle dichiarazioni di lavoro dovrà essere precisato l'orario di lavoro giornaliero. Nel caso vengano segnalate più situazioni, verrà considerata solo quella che dà il punteggio più elevato. Situazioni lavorative non contemplate nei casi sotto specificati, saranno valutate di volta in volta dai competenti uffici e sarà attribuito un punteggio per analogia alla tipologia più simile a quella descritta.

| | PADRE | MADRE | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------|
| 8. Orario di lavoro superiore a 35 ore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 9 |
| 9. Orario di lavoro fino a 35 ore settimanali..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 6 |
| 10. Orario di lavoro fino a 20 ore settimanali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 4 |
| 11. Studente: scuola superiore, università Ovvero iscrizione e frequenza a un corso regolare di studi. L'ufficio si riserva di valutare eventuali corsi di studio seguiti da persone di recente immigrazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 4 |
| 12. Disoccupato da almeno 6 mesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 6 |
| 13. Lavoratore in mobilità (o cassa integrazione) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 6 |
| 14. Condizione di inabilità al lavoro, permanente o temporanea (comunque superiore a 6 mesi) con certificazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 6 |
| 15. Lavoratore autonomo (indicare il n° ____ ore settimanali impegnate, il punteggio sarà parametrato alle tipologie di lavoro sopra descritte - l'Ufficio si riserva di richiedere una eventuale documentazione) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti |
| 16. Condizione di cessazione non volontaria di occupazione, quali licenziamento, fallimento, ecc. da meno di 6 mesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Punti 4 |

A parità di punteggio verrà considerato criterio di priorità la data di nascita, a partire dai bambini nati prima.

Al termine della fase istruttoria, le famiglie riceveranno avviso dell'accettazione della loro domanda, o della non accettazione e del conseguente inserimento in lista d'attesa.

ai sensi del DPR 445/2000 DICHIARANO di:

- essere consapevoli che costituisce **requisito di accesso** al servizio di nido l'aver assolto a quanto previsto dalla normativa in materia di obbligo vaccinale (L. 119/2017);
- impegnarsi a partecipare alle spese di gestione nella misura disposta con delibera dalla Giunta Comunale, con regolarità e per l'intera durata dell'anno educativo;

- impegnarsi a presentare una richiesta scritta qualora decidessimo di non avvalersi più dei servizi educativi alla prima infanzia, e di essere consapevoli che in mancanza di tale richiesta di cessazione del servizio e rinuncia al posto, saremo considerati a tutti gli effetti fruitori del servizio e, quindi tenuti ai relativi adempimenti contributivi mensili;
- essere a conoscenza che la frequenza, per il presente anno educativo, è subordinata alla regolarità dei pagamenti delle quote dovute per cui potrà essere interrotta in caso di morosità. I bambini verranno riammessi a frequentare il servizio solo al momento dell'effettivo pagamento delle morosità;
- essere consapevoli della responsabilità penale in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, e pertanto confermiamo la veridicità di quanto indicato nella presente domanda;
- aver preso visione e accettare la domanda e il relativo allegato (tariffe).

Data _____

Firma

Firma

| |
|--|
| <i>Situazione economica del nucleo (ISEE)</i> |
|--|

Con la delibera n. 102/2023 la Giunta Comunale ha dato indirizzi relativamente all'applicazione di agevolazioni per il servizio del nido d'infanzia sulla base della dichiarazione ISEE dei genitori

| FASCIA ISEE | CONTRIBUTO EROGABILE 1° FIGLIO | CONTRIBUTO EROGABILE 2° FIGLIO | CONTRIBUTO EROGABILE OLTRE 2° FIGLIO |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| € 0 – € 4.999,00 | 50% | 70% | 85% |
| € 5.000,00 – € 9.999,00 | 20% | 35% | 50% |
| € 10.000,00 - € 14.999,00 | 15% | 20% | 30% |
| OLTRE € 15.000,00 | NESSUNA AGEVOLAZIONE | | |

I sottoscritti consapevoli delle sanzioni penali richiamate dagli artt. 75 76 del DPR 445/2000 per i casi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevoli, inoltre, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non corrispondenza con quanto indicato comporta l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente dichiarano:

☐ che il proprio nucleo familiare ha una certificazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità o I.S.E.E. minori nei casi previsti dalla legge (DPCM 159/2013 E DM 7/11/2014) così determinata:

In caso di Attestazione definitiva INPS indicare:

Numero Protocollo INPS-ISEE | _____ |

Valore ISEE ordinario o ISEE minori nei casi previsti dalla legge € _____,

Dichiarazione Sostitutiva Unica sottoscritta in data: ____/____/____

☐ oppure di avere provveduto alla compilazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) ai sensi del DPCM 159/2013 e DM 7/11/2014 e successive modifiche in data

_____ trasmessa all'INPS in data _____

Prot. _____ per la quale ancora non è stata rilasciata la relativa attestazione ISEE.

☐ di non presentare certificazione ISEE

Data _____

Firma

Firma

NOTE INFORMATIVE:

- I dati personali forniti con la su estesa dichiarazione saranno trattati secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati. In allegato alla presente dichiarazione è presente l'informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679 che vi preghiamo di leggere. Con la sottoscrizione si dichiara di aver letto e compreso tale informativa.

- Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000: Istanze dichiarazioni sostitutive atti notori, la sottoscrizione della presente istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza di dipendente addetto, ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità.

- Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, conferma la veridicità di quanto indicato nella presente domanda e nei relativi allegati.

Data _____

Firma

Firma

Allegare copia del documento di identità dei dichiaranti

N.B.

Entro il 19 GENNAIO 2026 il modulo di iscrizione per l'a.s. 2025-2026 compilato in ogni sua parte, con allegata la copia del documento di riconoscimento in corso di validità dei firmatari, potrà essere, con indicazione nell'oggetto "RIAPERTURA ISCRIZIONE NIDI INFANZIA A.E. 2025-2026":

- inviato da email tradizionale alla casella di posta elettronica:
protocollomtv@comune.montevarchi.ar.it (limitare la dimensione degli allegati a max 5 MB)
- inviato da PEC (Posta Elettronica Certificata) alla PEC del Comune di Montevarchi:
comune.montevarchi@postacert.toscana.it (limitare la dimensione degli allegati a max 5 MB)
- consegnato a mano presso URBAN CENTER (via dei Mille, 7)