



Azienda Servizi alla Persona Opus Civium
Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto
Unione Terra di Mezzo

Iscrizione al SERVIZIO ESTIVO - NIDO VILLA GAIA- luglio 2026

ISCRIZIONI ENTRO IL 4 MAGGIO 2026

Io sottoscritto/a (cognome/nome richiedente) _____

in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale di:

Bambino/a (COGNOME) _____ (NOME) _____ M F

data di nascita: _____ frequentante nel corrente as 2025/26 il Nido d'infanzia Villa Gaia

CHIEDO L'ISCRIZIONE DI MIO/A FIGLIO/A AL SERVIZIO ESTIVO NEL MESE DI LUGLIO

Barrare le caselle relative alle settimane scelte

(l'opzione part-time e l'ingresso anticipato sono *riservati a coloro che ne hanno fruito in corso d'anno*)

<input type="checkbox"/> 1-3 LUGLIO	<input type="radio"/> TEMPO PIENO	<input type="radio"/> PART-TIME	<input type="radio"/> ingresso anticipato dalle ore 7.30
<input type="checkbox"/> 6-10 LUGLIO	<input type="radio"/> TEMPO PIENO	<input type="radio"/> PART-TIME	<input type="radio"/> ingresso anticipato dalle ore 7.30
<input type="checkbox"/> 13-17 LUGLIO	<input type="radio"/> TEMPO PIENO	<input type="radio"/> PART-TIME	<input type="radio"/> ingresso anticipato dalle ore 7.30
<input type="checkbox"/> 20-24 LUGLIO	<input type="radio"/> TEMPO PIENO	<input type="radio"/> PART-TIME	<input type="radio"/> ingresso anticipato dalle ore 7.30
<input type="checkbox"/> 27 - 31 LUGLIO	<input type="radio"/> TEMPO PIENO	<input type="radio"/> PART-TIME	<input type="radio"/> ingresso anticipato dalle ore 7.30

DATI ANAGRAFICI GENITORI

RICHIEDENTE:

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ residente a _____ Via _____ N. _____

Cellulare: _____ e- mail _____

ALTRO GENITORE:

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ residente a _____ Via _____ N. _____

Cellulare: _____ e- mail _____

DICHIARO, a tal fine,

sotto la mia personale responsabilità, con riferimento specifico al servizio richiesto, ai sensi degli artt.46-47 del DPR n. 445/2000, consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71-72 e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt.75-76 del DPR n. 445 del 28/12/2000),

► di essere a conoscenza che per accedere al servizio è necessario non avere situazioni debitorie pregresse con ASP "Opus Civium";

- ▶ di essere a conoscenza del fatto che qualora vi fosse un numero eccessivo di richieste rispetto alle risorse disponibili, l'ASP "Opus Civium" si riserva la facoltà di ammettere il richiedente in relazione ai criteri deliberati con atto di Giunta Comunale n. 21 del 13/04/2026
- ▶ di essere a conoscenza che la tariffa del servizio estivo ammonta, per ciascun turno settimanale, ad una quota fissa pari ad un quarto della quota fissa mensile della retta attribuita per la frequenza annuale, sommata alla quota giornaliera pari a quella della retta attribuita per la frequenza annuale, come disposto dalla Deliberazione della Giunta Comunale n. 21 del 13/04/2026;
- ▶ di essere a conoscenza che il servizio part-time e l'ingresso anticipato sono rivolti solo a chi ne ha usufruito durante l'anno scolastico;
- ▶ **di aver preso visione dell'informativa del servizio e di conoscerne ed accettarne le condizioni ed i contenuti.**

NUCLEO FAMILIARE (Barrare la casella se si rientra in una o più di queste casistiche)

<input type="checkbox"/>	BAMBINO CON DISABILITA' (L.104/92) *
<input type="checkbox"/>	NUCLEO FAMILIARE IN GRAVI DIFFICOLTA' NEI SUOI COMPITI DI ASSISTENZA ED EDUCAZIONE *
<input type="checkbox"/>	Nucleo in cui manchi la figura paterna o materna per gravi ed oggettivi fatti esterni (decessi, carcerazioni, affido esclusivo, decadenza responsabilità genitoriale, mancato riconoscimento.. ecc.)
<input type="checkbox"/>	Casi d'infermità grave o cronica, istituzionalizzati o no, dei genitori (invalidità 100%). Le condizioni di salute sono tali da impedire o incidere sostanzialmente sui rapporti col bambino. Deve essere presentata idonea e recente certificazione medica, rilasciata dal competente servizio pubblico. Vecchie certificazioni sono valide solo per malattie non regredibili o invalidanti permanentemente)
<input type="checkbox"/>	Invalidità grave nel nucleo familiare superiore al 74% (Invalidità fratello/sorella o genitore del bambino che si sta iscrivendo)
<input type="checkbox"/>	Particolari problematiche socio-culturali del nucleo e/o del bambino/a (relative a salute, lavoro, abitazione, precarietà socio-economica, gravi rischi rispetto ai basilari diritti di crescita fisica e psicologica del bambino/a, inadeguata protezione/sicurezza e/o carente stimolazione culturale, <i>su segnalazione dei servizi sociali</i>), problematiche legate a bambini in affido o in affido preadottivo

* Specificare ed allegare documentazione _____

LAVORO DEI GENITORI

■ situazione lavorativa del genitore richiedente:

Professione: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lavoro da 10 a 17 ore settimanali (indicare n. ore.....) | <input type="checkbox"/> Lavoro da 18 a 20 ore settimanali |
| <input type="checkbox"/> Lavoro da 21 a 30 ore settimanali | <input type="checkbox"/> Lavoro da 31 a 36 ore settimanali |
| <input type="checkbox"/> Lavoro oltre le 36 ore settimanali | <input type="checkbox"/> Lavoro occasionale (almeno 2 mesi l'anno: |
| <input type="checkbox"/> Lavoro oltre le 36 ore settimanali | (specificare mesi e n. ore di lavoro settimanali |
| <input type="checkbox"/> Casalingo/a |) |

Presso la ditta _____ con sede a _____

Distanza casa-lavoro superiore a 30 km

Orari di lavoro: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

oppure su turni _____/_____/_____/_____

→ **L'ATTIVITA' LAVORATIVA SI SVOLGE ANCHE NEI PERIODI IN CUI E' RICHIESTA L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO ESTIVO?**

- SI** **NO** (specificare eventuali ferie, congedi, altro:)

■ situazione lavorativa dell'altro genitore:

Professione: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lavoro da 10 a 17 ore settimanali (indicare n. ore.....) | <input type="checkbox"/> Lavoro da 18 a 20 ore settimanali |
| <input type="checkbox"/> Lavoro da 21 a 30 ore settimanali | <input type="checkbox"/> Lavoro da 31 a 36 ore settimanali |
| <input type="checkbox"/> Lavoro oltre le 36 ore settimanali | <input type="checkbox"/> Lavoro occasionale (almeno 2 mesi l'anno:
(specificare mesi e n. ore di lavoro settimanali
.....) |
| <input type="checkbox"/> Lavoro oltre le 36 ore settimanali | |
| <input type="checkbox"/> Casalingo/a | |

Presso la ditta _____ con sede a _____

Distanza casa-lavoro superiore a 30 km

Orari di lavoro: dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

oppure su turni _____ / _____ / _____ / _____

→ L'ATTIVITA' LAVORATIVA SI SVOLGE ANCHE NEI PERIODI IN CUI E' RICHIESTA L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO ESTIVO?

- SI NO (specificare eventuali ferie, congedi, altro:

■ Altre eventuali motivazioni per cui si chiede l'iscrizione:

SITUAZIONE RELATIVA AI NONNI

■ **NONNA MATERNA:** COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ residenza via _____ n _____ comune _____

- lavoratrice pensionata/casalinga invalida al _____% (certificare) bisognosa di assistenza, ricoverata, allettata ecc(certificare)
 impegnata nell'accudire familiare invalido al _____% (certificare) coabitante o abitante stesso stabile nipote deceduta

■ **NONNO MATERNO:** COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ residenza via _____ n _____ comune _____

- lavoratore pensionato/casalingo invalido al _____% (certificare) bisognoso di assistenza, ricoverato, allettato ecc(certificare)
 impegnato nell'accudire familiare invalido al _____% (certificare) coabitante o abitante stesso stabile nipote deceduto

■ **NONNA PATERNA:** COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ residenza via _____ n _____ comune _____

- lavoratrice pensionata/casalinga invalida al _____% (certificare) bisognosa di assistenza, ricoverata, allettata ecc(certificare)
 impegnata nell'accudire familiare invalido al _____% (certificare) coabitante o abitante stesso stabile nipote deceduta

■ **NONNO PATERNO:** COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ residenza via _____ n _____ comune _____

- lavoratore pensionato/casalingo invalido al _____% (certificare) bisognoso di assistenza, ricoverato, allettato ecc(certificare)
 impegnato nell'accudire familiare invalido al _____% (certificare) coabitante o abitante stesso stabile nipote deceduto

Qualora, dopo l'iscrizione, il servizio estivo non fosse più necessario, occorre formalizzare il ritiro presso l'ufficio scuola; il ritiro deve essere presentato entro il 31 maggio, pena l'applicazione della retta relativa.

Le domande presentate dopo il termine previsto del 4 maggio saranno recepite fino al 31 maggio e messe in lista d'attesa in ordine cronologico di presentazione e andranno a coprire eventuali posti vuoti o ritiri.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in oggetto osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il richiedente/dichiarante (firma)

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente

MODALITA' DI ISCRIZIONE:

IL PRESENTE MODULO, DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, DEVE ESSERE TRASMESSO, INSIEME AL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL FIRMATARIO, TRAMITE EMAIL ALL'UFFICIO SCUOLA ASP DI CASTELNOVO DI SOTTO AL SEGUENTE INDIRIZZO: educativo@asp-opuscivium.it La consegna a mano è prevista su appuntamento (tel. 0522/683931)

TERMINE ISCRIZIONI: 4 MAGGIO 2026