



## Scuola dell'Infanzia Capoluogo (Valchiusa) a.s. 2019-2020

### ATTIVAZIONE SPERIMENTALE PROGETTO LUDICO-RICREATIVO

*Progetto del Comune di Pescia, in collaborazione con l'I.C. Libero Andreotti, finanziato con il Fondo Nazionale Sistema Integrato di educazione e istruzione MIUR, per l'ampliamento orario a sostegno dell'offerta per la scuola dell'Infanzia.*

#### DOMANDA DI ISCRIZIONE

Possono presentare domanda:

- le bambine e i bambini, residenti nel Comune di Pescia, iscritti alla scuola dell'Infanzia Capoluogo (Valchiusa) per l'a.s. 2019/2020, che richiedono il prolungamento dell'orario pomeridiano, dalle ore 16.00 alle ore 18.00.

Criteri per ottenere il prolungamento:

- Avranno la priorità i bambini con entrambi i genitori lavoratori, a seguire, nel caso rimangano ancora posti disponibili, potranno accedere al servizio anche i bambini ai quali manca questa prerogativa.

Requisito necessario per ottenere il prolungamento:

che sia effettuato il pagamento di € 12,00 al Comune di Pescia, tramite una delle seguenti procedure:

- versamento presso una qualsiasi rivendita di tabacchi sul c/c n. 00106518;
- oppure bollettino postale sul c/c n. 00106518;
- altrimenti, bonifico bancario o home banking, alla Cassa di Risparmio di Pistoia e della Lucchesia, Borgo della Vittoria 2 Pescia (PT) IBAN: IT 06 X 06260 24911 000046005C01 sul conto intestato a "Comune di Pescia Tesoreria Comunale".

Nella causale di pagamento dovrà essere riportato:

- **Nome e Cognome** (della/del bambina/o) **"Prolungamento pomeridiano Scuola Materna Valchiusa"**.

Le domande saranno accolte presso la segreteria dell'Istituto Comprensivo Libero Andreotti a cui fa capo la scuola dell'Infanzia di Valchiusa.

Il presente modulo dovrà essere compilato obbligatoriamente in tutte le sue parti con allegati i documenti richiesti.

**IMPORTANTE:** il presente progetto prevede soltanto n. 25 posti disponibili e verrà attivato con un minimo di n. 5 bambini iscritti. In caso di non attivazione la quota di € 12,00 sarà restituita a seguito di istanza scritta.

La/il sottoscritta/o

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ residente a Pescia (Pt) in

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_

tel. casa \_\_\_\_\_ cell. 1 \_\_\_\_\_ cell. 2 \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**in qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale sul/la bambino/a**

#### CHIEDE DI ISCRIVERE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ M \_ F \_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**al prolungamento pomeridiano fino alle ore 18,00 essendo già iscritta/o alla sezione curriculare.**

**ULTERIORI INFORMAZIONI RICHIESTE**

La/il sottoscritta/o,

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del minore per il quale si chiede

l'accoglimento, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/00 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante perderà i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art.75 del D.P.R 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

la seguente situazione personale e/o familiare del/la bambino/a per il/la quale si chiede l'accoglimento:

- **Il/la bambino/a è nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- **è di cittadinanza** \_\_\_\_\_
- **è residente a Pescia in Via/Piazza** \_\_\_\_\_
- **la famiglia anagrafica del bambino è composta dai seguenti conviventi** (escluso dichiarante e bambina/o per cui si richiede l'iscrizione)

Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il bambino/a

- I genitori fanno parte del nucleo familiare del/la bambino/a MADRE sì no PADRE sì no
- Eventuali disabilità e/o invalidità del bambino per cui si richiede l'iscrizione, dei suoi genitori o di un componente del nucleo familiare anagrafico **documentate dalla ASL** (azienda sanitaria locale) competente:

Cognome e Nome	Data di nascita

Si allega, alla presente domanda, certificazione relativa a quanto sopra dichiarato, rilasciata dall'Azienda per i Servizi Sanitari ai sensi della L.104/92 o copia della domanda di riconoscimento della situazione di disabilità.

*(Solo in caso di disabilità o invalidità dichiarate del bambino o suo familiare che devono essere certificate)*

- **Condizione occupazionale della MADRE (requisito prioritario per la presentazione della domanda)**

lavoratrice

Mansione \_\_\_\_\_ c/o Ditta \_\_\_\_\_

Luogo di Lavoro \_\_\_\_\_

Orario giornaliero \_\_\_\_\_

in cerca di occupazione  casalinga  altro \_\_\_\_\_

- **Condizione occupazionale del PADRE (requisito prioritario per la presentazione della domanda)**

lavoratore

Mansione \_\_\_\_\_ c/o Ditta \_\_\_\_\_

Luogo di Lavoro \_\_\_\_\_

Orario giornaliero \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

- **Presenza di fratelli o sorelle che per l'anno educativo 2019/2020 frequenteranno la scuola dell'Infanzia Capoluogo**

si  no

• **Dati relativi ai nonni:**

<p><b>NONNO PATERNO</b></p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Residente a _____</p> <p><b>Condizione professionale:</b></p> <p><input type="checkbox"/> occupato</p> <p><input type="checkbox"/> pensionato</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p> <p><b>Eventuali motivi dell'impossibilità dell'affidamento:</b></p>	<p><b>NONNA PATERNA</b></p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Residente a _____</p> <p><b>Condizione professionale:</b></p> <p><input type="checkbox"/> occupato</p> <p><input type="checkbox"/> pensionato</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p> <p><b>Eventuali motivi dell'impossibilità dell'affidamento:</b></p>
<p><b>NONNO MATERNO</b></p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Residente a _____</p> <p><b>Condizione professionale:</b></p> <p><input type="checkbox"/> occupato</p> <p><input type="checkbox"/> pensionato</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p> <p><b>Eventuali motivi dell'impossibilità dell'affidamento:</b></p>	<p><b>NONNA MATERNA</b></p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Residente a _____</p> <p><b>Condizione professionale:</b></p> <p><input type="checkbox"/> occupato</p> <p><input type="checkbox"/> pensionato</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p> <p><b>Eventuali motivi dell'impossibilità dell'affidamento:</b></p>

A tal fine, allega la seguente documentazione:

- ✓ **RICEVUTA DELL'AVVENUTO VERSAMENTO DI € 12,00, QUALE REQUISITO OBBLIGATORIO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO;**
- ✓ **COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DICHIARANTE;**
- ✓ **COPIA DEL CONTRATTO DI LAVORO DEI GENITORI, DAL QUALE SI EVINCA L'ORARIO SVOLTO.**

Dichiara inoltre:

- di possedere tutti i requisiti sopra dichiarati alla data di presentazione della domanda di iscrizione; di aver preso visione dell'informativa relativa alla procedura di iscrizione e della formazione della graduatoria;
- di essere perfettamente a conoscenza di quanto disposto dai seguenti provvedimenti:
  - **DGR 1223/2018 Regione Toscana**
  - **Del. G.C. Comune di Pescia n. 26 29/01/2019**
  - **Det. Dir. Comune di Pescia n° .....**
- di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false o mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Pescia, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Ai sensi della normativa sulla privacy attualmente in vigore, i dati sopra indicati saranno utilizzati, da parte del Comune di Pescia, per i soli fini istituzionali e statistici.

Accenso  Non accenso

firma \_\_\_\_\_

N.B.=Le domande non accompagnate dai documenti obbligatori sopra elencati, NON SARANNO ACCOLTE.