

Riservato all'ufficio

Prot. _____ Data _____

All'attenzione di: ASP "Opus Civium" - Ufficio Scuola
P.zza IV Novembre, 1 - 42024 Castelnovo di Sotto (RE)
email: educativo@asp-opuscivium.it tel. 0522/683931 fax: 0522/1602088



Regione Emilia-Romagna



Iscrizione al Centro Estivo presso la scuola comunale dell'infanzia Girasole – Palomar

Io sottoscritto/a (cognome richiedente) _____ (nome richiedente) _____
in qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale (specificare _____) di:

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A

BAMBINO/A COGNOME _____ NOME _____ M F

Cittadinanza _____ nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

frequentante nell'a.s. 2020/21 la scuola dell'infanzia _____

con sede nel comune di _____ sezione _____

PEDIATRA DI RIFERIMENTO: _____ TEL. _____

distretto Ausl di riferimento: _____

Il bambino/a necessita di DIETA SPECIALE (in caso affermativo, è obbligatorio compilare apposito modulo)

Il bambino/a necessita di SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL CENTRO ESTIVO

DATI ANAGRAFICI DELLA FAMIGLIA

PADRE/TUTORE: COGNOME _____ NOME _____

Cittadinanza _____ Data di nascita _____ luogo di nascita _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | residente a _____

Via _____ N. _____ Telefono fisso _____

Cellulare padre: _____ email _____

MADRE: COGNOME _____ NOME _____

Cittadinanza _____ Data di nascita _____ luogo di nascita _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | Cellulare madre: _____

email _____ (solo se diversi dal padre: residenza madre _____)

Via _____ N. _____ Tel. fisso _____)

INTESTATARIO DELLE FATTURE * PADRE/TUTORE MADRE (*Per i bambini/e già frequentanti la scuola comunale dell'infanzia, sarà mantenuto lo stesso referente)

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA AL QUALE ASP INVIERA' LE COMUNICAZIONI (obbligatorio):

chiedo l'iscrizione del bimbo/a al servizio in oggetto, e dichiaro quanto segue:

PERIODI PER I QUALI SI CHIEDE L'ISCRIZIONE (mettere una crocetta a fianco del/i periodo/i prescelto/i)

<input type="checkbox"/>	1-2 + 5-9 luglio h 7.30 – 16.30	<input type="checkbox"/>	12 - 16 luglio h 7.30– 16.30	<input type="checkbox"/>	19 - 23 luglio h 7.30 – 16.30	<input type="checkbox"/>	26 - 30 luglio h 7.30 – 16.30
--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------	---

Qualora vi siano molte iscrizioni e non sia possibile soddisfarle tutte (capienza massima 25 bambini) si chiede sin d'ora una **manifestazione d'interesse per valutare la possibilità di attivare un ulteriore gruppo con frequenza solo a tempo parziale** (minimo 10 iscritti oltre i 25 frequentanti il tempo pieno) **dalle ore 7,45 alle ore 13,00 pasto incluso:**

Eventuale interesse per un servizio solo part-time ore 7.45 – 13.00 pasto incluso (barrare 1 sola delle 3 caselle):

- 1 **SI lo preferisco al tempo pieno e in caso di attivazione del servizio part-time, anche se utilmente posizionato in graduatoria per la Sezione a tempo pieno, chiedo sin di essere iscritto per questo servizio**
- 2 **SI ma aderirei solo qualora nella graduatoria dovessi essere collocato oltre il numero massimo di capienza della Sezione a tempo pieno**
- 3 **NO**

A. INFORMAZIONI SUL BAMBINO/A

BAMBINO DIVERSAMENTE ABILE (L.104/92) allegare certificazione

B. INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE IN GRAVI DIFFICOLTA' NEI SUOI COMPITI DI ASSISTENZA ED EDUCAZIONE

- B1** Nucleo in cui manchi la figura paterna o materna per gravi ed oggettivi fatti esterni (decessi, carcerazioni, ecc.) specificare:
- B2** Casi d'infermità grave o cronica, istituzionalizzati o no dei genitori (invalidità 100%) allegare certificazione
- B3** Casi di invalidità grave nel nucleo familiare, superiore al 74% (invalidità del fratello/sorella o del genitore del bambino/a che si sta iscrivendo) *allegare certificazione*
- B4** Particolari problematiche socio-culturali del nucleo e/o del bambino/a

C. LAVORO DEI GENITORI

MADRE Professione _____ Azienda: _____
Sede di lavoro _____ N.tel.lavoro _____

MONTEORE SETTIMANALE

- C1** Lavoro da 10 a 17 ore settimanali (indicare quante)
- C2** Lavoro da 18 a 20 ore settimanali
- C3** Lavoro da 21 a 30 ore settimanali
- C4** Lavoro da 31 a 36 ore settimanali
- C5** Lavoro oltre le 36 ore settimanali
- C6** Lavoro occasionale* (almeno 2 mesi all'anno, indicare).
** purchè svolto anche nei periodi di cui si chiede l'iscrizione*
- C7** Disoccupazione o cassa integrazione a zero ore
- C 8** Casalinga/o
- C 11** Distanza dal luogo di residenza al luogo di lavoro superiore ai 30 KM
- C 12** Lavoro il cui orario è organizzato su turni (SPECIFICARE:)
- C9 - POSSIBILITA' DI LAVORO AGILE (SMARTWORKING)** SI NO
- C10 - L'ATTIVITA' LAVORATIVA SI SVOLGE ANCHE NEI PERIODI IN CUI E' RICHIESTA L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO ESTIVO?** SI NO (eventuali ferie, congedi, etc...specificare:)
- Altre eventuali motivazioni per cui si chiede l'iscrizione:

Se presente cassa integrazione parziale, specificare il n. di giorni lavorati durante la settimana o il mese

PADRE Professione _____ Azienda: _____

Sede di lavoro _____ N.tel.lavoro _____

MONTEORE SETTIMANALE

- C1** Lavoro da 10 a 17 ore settimanali (indicare quante)
- C2** Lavoro da 18 a 20 ore settimanali
- C3** Lavoro da 21 a 30 ore settimanali
- C4** Lavoro da 31 a 36 ore settimanali
- C5** Lavoro oltre le 36 ore settimanali
- C6** Lavoro occasionale* (almeno 2 mesi all'anno, indicare).
* purchè svolto anche nei periodi di cui si chiede l'iscrizione
- C7** Disoccupazione o cassa integrazione a zero ore
- C8** Casalinga/o
- C11** Distanza dal luogo di residenza al luogo di lavoro superiore ai 30 KM
- C12** Lavoro il cui orario è organizzato su turni (SPECIFICARE:)

C9 - POSSIBILITA' DI LAVORO AGILE (SMARTWORKING) SI NO

C10 - L'ATTIVITA' LAVORATIVA SI SVOLGE ANCHE NEI PERIODI IN CUI E' RICHIESTA L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO

ESTIVO? SI NO (eventuali ferie, congedi, etc...specificare:)

Altre eventuali motivazioni per cui si chiede l'iscrizione:

Se presente cassa integrazione parziale, specificare il n. di giorni lavorati durante la settimana o il mese :

D. PRESENZA E DISPONIBILITA' DEI NONNI

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

nata a _____ il _____ residenza _____

(Prov. _____) Via _____ N. _____ Tel. _____

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

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

nato a _____ il _____ residenza _____

(Prov. _____) Via _____ N. _____ Tel. _____

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

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

nata a _____ il _____ residenza _____

(Prov. _____) Via _____ N. _____ Tel. _____

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

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

nato a _____ il _____ residenza _____

(Prov. _____) Via _____ N. _____ Tel. _____

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

Dichiaro inoltre:

- di aver effettuato le vaccinazioni obbligatorie per legge;

- Dichiaro di impegnarmi a pagare la retta per la frequenza al centro estivo, così come definita dalla Giunta Comunale, attraverso l'attivazione di SDD bancario, compilando apposito modulo allegato, o attraverso altre modalità che saranno indicate sulla fattura

DICHIARAZIONI DI PRESA CONOSCENZA

Ai fini dell' ammissione al centro estivo dichiarato, 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), **dichiaro:**

► **che quanto riportato nella domanda corrisponde a verità;**

► **di aver preso visione dell'informativa di iscrizione, che costituisce lex specialis rispetto ai regolamenti in vigore, di accettarne condizioni e disposizioni;**

► che qualora manchino o siano illeggibili informazioni essenziali (dati principali, sottoscrizione, copia di documento di identità in caso di trasmissione via posta/fax, ecc...) il modulo di domanda non sarà ritenuto valido ai fini dell'iscrizione; qualora manchino o siano illeggibili altre informazioni necessarie per l'attribuzione di punteggio si procederà alla formazione della graduatoria per l'ammissione solo sulla base delle informazioni dichiarate e/o chiaramente leggibili, senza tenere conto delle informazioni/dichiarazioni mancanti o illeggibili;

► che mi impegnerò a pagare la retta di frequenza come determinata dalla Giunta Comunale, pena la sospensione della frequenza e l'applicazione nei miei confronti delle procedure legali di recupero del credito da parte dell'Azienda Servizi alla Persona Opus Civium.

► **di essere a conoscenza che le comunicazioni mi saranno inviate all'indirizzo di posta elettronica da me indicato**

► di essere a conoscenza che è facoltà dell'ente gestore effettuare **controlli** sulle dichiarazioni rese, ai sensi del DPR 445/00, e che in caso di false dichiarazioni saranno applicate le sanzioni previste, oltre che la decadenza dal beneficio ottenuto;

► **di essere a conoscenza che l'irregolarità rispetto alle disposizioni di legge sulle vaccinazioni obbligatorie (Decreto 73/2017 e Legge 119/2017) comporta la decadenza dell'iscrizione;**

► **Importante:** mi impegnerò a comunicare tempestivamente all'ufficio eventuali variazioni dei dati sopra indicati (es. coordinate bancarie, residenza, numero di telefono, indirizzo di posta elettronica, etc...).

► Di impegnarmi a sottoscrivere apposito PATTO DI RESPONSABILITA' reciproca con l'ente gestore del Centro estivo circa le misure organizzative, igienico-sanitarie e i comportamenti individuali volti al contenimento del contagio da Covid-19, e di rispettare tutte le prescrizioni vigenti, la cui osservanza si rende necessaria per l'erogazione del servizio e per la frequenza allo stesso da parte del bambino/a;

► Di essere consapevole dei **limiti e delle restrizioni** che caratterizzano il servizio, e delle **disposizioni** che saranno adottate dal/i gestore/i del servizio in osservanza alla normativa statale/regionale, **e che potranno essere adottate ulteriori misure e/o modifiche di quelle attuali**, alla luce di eventuali nuove indicazioni governative, regionali o delle competenti autorità sanitarie;

► **che la graduatoria per l'accesso al centro estivo sarà pubblicata entro il giorno 15/06/2021 sul sito dell'Asp Opus Civium, www.asp-opuscivium.it**

► **di avere preso visione dell' informativa relativa al trattamento dei dati personali**

► Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in oggetto in 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.

Castelnovo di Sotto (RE), li _____

L'ADDETTO RICEVENTE

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

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

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA: ore 12.00 del giorno 07/06/2021

DICHIARAZIONI DI PRESA CONOSCENZA

Ai fini dell' ammissione al centro estivo dichiaro, 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), dichiaro:

► che quanto riportato nella domanda corrisponde a verità;

► di aver preso visione dell'informativa di iscrizione, che costituisce *lex specialis* rispetto ai regolamenti in vigore, e di accettarne condizioni e disposizioni;

► che qualora manchino o siano illeggibili informazioni essenziali (dati principali, sottoscrizione, copia di documento di identità in caso di trasmissione via posta/fax, ecc...) il modulo di domanda non sarà ritenuto valido ai fini dell'iscrizione; qualora manchino o siano illeggibili altre informazioni necessarie per l'attribuzione di punteggio si procederà alla formazione della graduatoria per l'ammissione solo sulla base delle informazioni dichiarate e/o chiaramente leggibili, senza tenere conto delle informazioni/dichiarazioni mancanti o illeggibili;

► che mi impegnerò a pagare la retta di frequenza come determinata dalla Giunta Comunale, pena la sospensione della frequenza e l'applicazione nei miei confronti delle procedure legali di recupero del credito da parte dell'Azienda Servizi alla Persona Opus Civium.

► di essere a conoscenza che le comunicazioni mi saranno inviate all'indirizzo di posta elettronica da me indicato

► di essere a conoscenza che è facoltà dell'ente gestore effettuare **controlli** sulle dichiarazioni rese, ai sensi del DPR 445/00, e che in caso di false dichiarazioni saranno applicate le sanzioni previste, oltre che la decadenza dal beneficio ottenuto;

► di essere a conoscenza che l'irregolarità rispetto alle disposizioni di legge sulle vaccinazioni obbligatorie (Decreto 73/2017 e Legge 119/2017) comporta la decadenza dell'iscrizione;

► **Importante:** mi impegnerò a comunicare tempestivamente all'ufficio eventuali variazioni dei dati sopra indicati (es. coordinate bancarie, residenza, numero di telefono, indirizzo di posta elettronica, etc...).

► Di impegnarmi a sottoscrivere apposito **PATTO DI RESPONSABILITA'** reciproca con l'Ente gestore del Campo Estivo circa le misure organizzative, igienico-sanitarie ed i comportamenti individuali volti al contenimento del contagio da Covid-19, e di rispettare tutte le **prescrizioni vigenti**, la cui osservanza si rende necessaria per l'erogazione del servizio e per la frequenza allo stesso da parte del bambino/a;

► Di essere consapevole dei **limiti e delle restrizioni** che caratterizzano il servizio, e delle **disposizioni** che saranno adottate dal/i gestore/i del servizio in osservanza alla normativa statale/regionale, **e che potranno essere adottate ulteriori misure e/o modifiche di quelle attuali**, alla luce di eventuali nuove indicazioni governative, regionali o delle competenti autorità sanitarie.

► che la **GRADUATORIA** per l'accesso al centro estivo sarà pubblicata entro il giorno 15/06/2021 sul sito dell'Asp Opus Civium, www.asp-opuscivium.it

► di avere preso visione dell' informativa relativa al trattamento dei dati personali

► di aver effettuato la scelta/richiesta in oggetto in 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.

Per la consultazione della graduatoria, il numero di protocollo assegnato è:

N° _____ DEL _____

L'addetto ricevente (TIMBRO E FIRMA)

Criteri per l'accesso al centro estivo per bambini da 3 a 5 anni presso la scuola comunale dell'infanzia

Approvati con Deliberazione della Giunta Comunale di Castelnuovo di Sotto n. 21 del 27/05/2021

Criteri generali di priorità:

- 1 - bambini frequentanti la scuola comunale dell'infanzia nell'anno scolastico appena concluso
- 2- bambini residenti frequentanti altre scuole infanzia (con priorità per i frequentanti servizi sul territorio comunale)
- 3- bambini non residenti, frequentanti altre scuole dell'infanzia

In caso di domande superiori alla disponibilità di posti, sarà formulata una graduatoria in base ai criteri sotto esposti, che possono essere applicati anche ai bambini non frequentanti la scuola comunale e non residenti

PUNTEGGIO PRIMARIO		
A	BAMBINO DIVERSAMENTE ABILE (L.104/92)	MAX
B	NUCLEO FAMILIARE IN GRAVI DIFFICOLTA' NEI SUOI COMPITI DI ASSISTENZA ED EDUCAZIONE	

B1	Nucleo in cui manchi la figura paterna o materna per gravi ed oggettivi fatti esterni (decessi, carcerazioni, ecc.)	MAX
B2	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)	MAX
B3	Invalidità grave nel nucleo familiare superiore al 74% (Invalidità fratello/sorella o genitore del bambino che si sta iscrivendo)	10
B4	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	da 10 a 15
C	LAVORO DEL PADRE E DELLA MADRE*	
	Lavoratori dipendenti, autonomi, occupati a tempo determinato (sono compresi: incarico annuale in ambito scolastico, lavori atipici, contratto di formazione lavoro, apprendistato, dottorato, borsista, specializzato, lavoro interinale, servizio civile). Per lavori parziali si intendono quelli che impegnano solo saltuariamente o per poche ore nel corso della settimana. Per lavori occasionali si intendono quelli che impegnano periodicamente nel corso dell'anno, sia per un periodo continuativo che per periodi spezzati. Il numero di ore indicate è il numero di ore contrattualizzate alla data di presentazione della domanda d'iscrizione.	
C1	Lavoro da 10 a 17 ore settimanali	da 4 a 8
C2	Lavoro da 18 a 20 ore settimanali	10
C3	Lavoro da 21 a 30 ore settimanali	12
C4	Lavoro da 31 a 36 ore settimanali	14
C5	Lavoro oltre le 36 ore settimanali	16
C6	Lavoro occasionale (valutato solo se effettuato nei periodi di svolgimento del servizio estivo	da 2 a 8
C7	Disoccupazione o cassa integrazione a zero ore	0
C8	Casalinga/o	0
C9	IMPOSSIBILITA' DI LAVORARE IN SMARTWORK (punteggio da sommarsi ai precedenti)	2
C10	GENITORE IN FERIE O CONGEDO NEI PERIODI DI SVOLGIMENTO DEL CENTRO ESTIVO nel caso uno o entrambi i genitori non lavorino, per ferie o congedi, durante i periodi di svolgimento del centro estivo, il punteggio della situazione lavorativa ai fini dell'accesso sarà pari a zero, e la domanda sarà messa in coda alla graduatoria di riferimento, in ordine di punteggio con eventuali altre domande in analoga situazione	0
C11	Distanza* dal luogo di residenza al luogo di lavoro superiore ai 30 K * L'itinerario è calcolato con Viemichelin, ed il punteggio è attribuito se 2 percorsi sui 3 proposti recano distanza pari o superiore a 30 km	2
C12	Lavoro il cui orario è organizzato su turni	1
PUNTEGGIO SECONDARIO		
D	PRESENZA E DISPONIBILITA' DEI NONNI	
D1	Nonno assente (deceduto o bisognoso di assistenza, ospedalizzato, casa di riposo, immobilizzato a letto)	10
D2	Nonno assente (residente oltre i 30 Km dall'abitazione del bambino – evidenziando la località)	8
D3	Nonno non disponibile: a causa lavoro, o residenza fuori Comune entro i 30 Km di distanza dall'abitazione del bambino (evidenziando la località), invalidità civile pari o superiore al 70%, età pari o superiore a 65 anni (compiuti nell'anno in cui si verifica l'iscrizione)	5
D4	Nonni disponibili ai sensi dei successivi criteri ma impegnati nell'accudire famigliari con invalidità civile pari o superiore al 70%, abitanti nel raggio di 30 km (punteggio da assegnare ad un solo nonno per ogni familiare assistito)	3
D5	Nonno disponibile residente nel comune del bambino, ma non coabitante	1
D6	Nonno disponibile coabitante o abitante nello stesso stabile del bambino	0
CRITERI A PARITA' DI PUNTEGGIO PRIMARIO E SECONDARIO		
1	Precederà il/la minore iscritto/a di 5 anni (frequentante nel corrente anno scolastico l'ultimo anno di scuola dell'infanzia)	
2	In caso di ulteriore parità si procederà a sorteggio	

* Nel caso di cassa integrazione parziale, il punteggio del lavoro sarà riparametrato sulla base dei giorni effettivamente lavorati. Ad es. un lavoratore oltre 36 h/sett che lavora 3 giorni su 5 per cassa integrazione, avrà 9,6 punti (16 punti/5 giorni = 3,2 punti, x 3 giorni = 9,6)