

Prot. ....

Data .....

All'attenzione di: ASP "Opus Civium" - Ufficio Scuola  
 P.zza IV Novembre, 1 42024 Castelnovo di Sotto (RE)  
 Tel. 0522/485733-34 Fax: 0522/1602088  
 Email: [educativo@asp-opuscivium.it](mailto:educativo@asp-opuscivium.it)

## **Domanda di iscrizione**

### **SERVIZI EDUCATIVI POMERIDIANI ANNO SCOLASTICO 2019/20**

Io sottoscritto/a

**RICHIEDENTE** (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

genitore/esercente la potestà genitoriale (specificare \_\_\_\_\_) di:

**ALUNNO/A** cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  M  F

Cittadinanza \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

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

frequentante **nell'a.s. 2019/20** la Scuola Primaria dell'Ist. Comprensivo G. Marconi di Castelnovo di Sotto,  
 classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**Chiedo l'iscrizione di mio figlio/a per l'a.s. 2019/20**

**Al seguente Servizio: (barrare il Servizio/Progetto prescelto) e le relative modalità di frequenza**

- 1)  **CENTRO EDUCATIVO POMERIDIANO IN-MENSA-MENTE:** servizio educativo, ricreativo e ludico finalizzato che si attiva al termine dell'orario scolastico dalle ore 13.00 (con servizio di pasto) oppure dalle 14.00 (senza pasto) fino alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì seguendo il calendario scolastico. E' inoltre fornita una merenda a metà pomeriggio.
- Dopo il momento del pasto, qualora richiesto anche tale servizio, le attività pomeridiane prevedono oltre a un tempo dedicato allo svolgimento dei compiti, in autonomia, lo svolgimento, anche in collaborazione con associazioni del territorio, di attività laboratoriali, ricreative, comprendenti attività manuali, giochi di gruppo, svolgimento di attività ludiche in lingua inglese, laboratori creativi o espressivi, attività motorie ed esperienze di conoscenza del territorio. I posti disponibili sono 36 e il servizio viene attivato con almeno 15 richieste.

*(In caso di scelta del servizio barrare la modalità di frequenza che si intende)*

<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE A: SERVIZIO SINO A 3 GIORNI SETTIMANALI</b>
<input type="radio"/> <b>CON mensa</b> dalle ore 13,00 alle ore .....(max. h 18.00) nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI'
<input type="radio"/> <b>SENZA mensa</b> dalle ore 14,00 alle ore .....(max. h 18.00) nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI'
<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE B: SERVIZIO OLTRE 3 GIORNI SETTIMANALI</b>
<input type="radio"/> <b>CON mensa</b> dalle ore 13,00 alle ore .....(max. h 18.00) nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI'
<input type="radio"/> <b>SENZA mensa</b> dalle ore 14,00 alle ore .....(max. h 18.00) nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI'

**INDICARE TASSATIVAMENTE I GIORNI FISSI NEI QUALI SI INTENDE FREQUENTARE IL SERVIZIO**

2)  **PROGETTO SPERIMENTALE “SCUOLA E POI...?”**: nuovo progetto educativo con attività prevalente incentrata sullo svolgimento dei compiti e sulle attività di studio. In particolare, dopo una piccola merenda, le attività consisteranno nello svolgimento dei compiti, intervallate da momenti ludici, con giochi cognitivi e narrativi, oltre a giochi tradizionali. Durante l’anno sono previsti anche alcuni laboratori a tema.

**Il progetto sperimentale “SCUOLA E POI...?” si attiva per n. 5 giorni la settimana nel modo seguente:**

- lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle ore 16,00 alle ore 18,00;
- martedì dalle ore 13,30 alle ore 18,00

**I posti disponibili sono 15 e il servizio viene attivato con almeno 10 richieste.**

*(In caso di scelta del Progetto “Scuola e poi...?” barrare la modalità di frequenza)*

<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE A: SERVIZIO SINO A 3 GIORNI SETTIMANALI**</b>
<input type="radio"/> dalle ore 16,00 alle ore 18,00 nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI
<input type="radio"/> dalle ore 13,30 alle ore 18,00 nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> MARTEDI'
<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE B: SERVIZIO OLTRE 3 GIORNI SETTIMANALI</b>
<input type="radio"/> dalle ore 16,00 alle ore 18,00 nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI
<input type="radio"/> dalle ore 13,30 alle ore 18,00 nei seguenti giorni: <input type="checkbox"/> MARTEDI'

**INDICARE TASSATIVAMENTE I GIORNI FISSI NEI QUALI SI INTENDE FREQUENTARE IL SERVIZIO**

### E dichiaro

sotto la mia personale responsabilità, con riferimento specifico al servizio/progetto 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/progetto è necessario non avere situazioni debitorie pregresse con ASP “Opus Civium”;

▶ di essere a conoscenza del Regolamento del Centro Educativo Pomeridiano, reperibile sul sito di ASP che costituisce a tutti gli effetti di legge contratto d’adesione, le cui condizioni sono approvate per iscritto con la sottoscrizione della presente domanda;

▶ di essere a conoscenza delle tariffe di frequenza determinate con deliberazione della Giunta Comunale n. 28 del 08/04/2017 e n. 29 del 30/05/2019 che sono pari a:

- 1) CENTRO POMERIDIANO EDUCATIVO “IN-MENSA-MENTE”: € 70,00 mensili per l’opzione fino a 3 gg settimanali (€ 35,00 dal 3^ figlio in poi frequentante il servizio), ed € 90,00 per l’opzione oltre i 3 gg settimanali (€ 45,00 dal 3^ figlio in poi frequentante il servizio) ; alla retta mensile si aggiungerà poi il costo del pasto, se fruito;
- 2) PROGETTO SPERIMENTALE “SCUOLA E POI...?”: € 55,00 mensili per l’opzione fino a 3 gg settimanali (€ 27,50 dal 3^ figlio in poi frequentante il servizio), ed € 80,00 per l’opzione oltre i 3 gg settimanali (€ 40,00 dal 3^ figlio in poi frequentante il servizio).

Nel caso di eventuali variazioni alle tariffe sopra indicate, le famiglie saranno preventivamente informate;

▶ che mi impegnerò a pagare mensilmente la retta di frequenza come sopra determinata, pena 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, nel caso le richieste fossero superiori ai posti disponibili, l’Ufficio Scuola di Asp stilerà una **graduatoria di accesso**, sulla base dei criteri contenuti nel Regolamento, e le informazioni sotto dichiarate:

## INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

**PADRE/TUTORE:** COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

Cellulare padre: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**MADRE :** COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_

Cellulare madre : \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**INDICARE UN INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA AL QUALE ASP POTRA' INVIARE LE COMUNICAZIONI:**

.....

## INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

► **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE.** I genitori sono entrambi presenti nel nucleo familiare?  SÌ  NO

► In caso di risposta **NEGATIVA** specificare la situazione e documentare : .....

► **LAVORO DEI GENITORI** (Potranno essere richieste certificazioni dei datori di lavoro. L'eventuale impegno per studio dei genitori si valuta analogamente al lavoro solo in caso di frequenza obbligatoria pomeridiana)

**LAVORO DELLA MADRE:** Professione: \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_

lavoratrice autonoma  lavoratrice dipendente  coadiuvante  casalinga  pensionata  inabile(certificare)

altro \_\_\_\_\_  disoccupata e iscritta al centro per l'impiego di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Azienda: \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_ N.tel.lavoro \_\_\_\_\_

sede di lavoro oltre i 20 km da Castelnuovo  SÌ  NO

Ore di lavoro settimanali (esclusi straordinari):  oltre 36  da 31 a 36  da 21 a 30  da 18 a 20  da 10 a 17 (specificare \_\_\_\_\_)

Specificare orario di lavoro: .....

somma ore lavorate nel pomeriggio sui 5 giorni: ..... media giornaliera sui 5 giorni: .....

**Contratto:**  tempo indeterminato  tempo determinato fino al \_\_\_\_\_  occasionale (n. mesi di lavoro all'anno \_\_\_\_\_)

**LAVORO DEL PADRE:** Professione: \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_

lavoratore autonomo  lavoratore dipendente  coadiuvante  casalingo  pensionato  inabile (certificare)

altro \_\_\_\_\_  disoccupato e iscritto al centro per l'impiego di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Azienda: \_\_\_\_\_ Sede di lavoro \_\_\_\_\_ N.tel.lavoro \_\_\_\_\_

sede di lavoro oltre i 20 km da Castelnuovo  SÌ  NO

Ore di lavoro settimanali (esclusi straordinari):  oltre 36  da 31 a 36  da 21 a 30  da 18 a 20  da 10 a 17 (specificare \_\_\_\_\_)

Specificare orario di lavoro: .....

somma ore lavorate nel pomeriggio sui 5 giorni: ..... media giornaliera sui 5 giorni: .....

Contratto:  tempo indeterminato  tempo determinato fino al .....  occasionale (n. mesi di lavoro all'anno .....)

### NONNI

■ **NONNA MATERNA:** COGNOME ..... NOME .....

nata a ..... il ..... residenza .....

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

lavoratrice (Ditta: ..... Sede: ..... orario: .....)

pensionata/casalinga  coabitante o abitante stesso stabile del nipote  invalida al ..... % (certificare)

bisognosa di assistenza (certificare)  ricoverata, casa di riposo, ecc...(certificare)  deceduta

■ **NONNO MATERNO:** COGNOME ..... NOME .....

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

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

lavoratore (Ditta: ..... Sede: ..... orario: .....)

pensionato/casalingo  coabitante o abitante stesso stabile del nipote  invalido al ..... % (certificare)

bisognoso di assistenza (certificare)  ricoverato, casa di riposo, ecc...(certificare)  deceduto

■ **NONNA PATERNA:** COGNOME ..... NOME .....

nata a ..... il ..... residenza .....

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

lavoratrice (Ditta: ..... Sede: ..... orario: .....)

pensionata/casalinga  coabitante o abitante stesso stabile del nipote  invalida al ..... % (certificare)

bisognosa di assistenza (certificare)  ricoverata, casa di riposo, ecc...(certificare)  deceduta

■ **NONNO PATERNO:** COGNOME ..... NOME .....

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

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

lavoratore (Ditta: ..... Sede: ..... orario: .....)

pensionato/casalingo  coabitante o abitante stesso stabile del nipote  invalido al ..... % (certificare)

bisognoso di assistenza (certificare)  ricoverato, casa di riposo, ecc...(certificare)  deceduto

### ALTRI ADULTI PRESENTI NEL NUCLEO FAMILIARE

n°	nome/cognome/ data di nascita	grado di parentela col minore iscritto	se lavoratore/lavoratrice	altro
1			Sede di lavoro: .....	<input type="checkbox"/> studente (specificare tipo scuola ed orari di frequenza) ..... <input type="checkbox"/> pensionato/a-casalingo/a
			Orario di lavoro: .....	
2			Sede di lavoro: .....	<input type="checkbox"/> studente (specificare tipo scuola ed orari di frequenza) ..... <input type="checkbox"/> pensionato/a-casalingo/a
			Orario di lavoro: .....	
3			Sede di lavoro: .....	<input type="checkbox"/> studente (specificare tipo scuola ed orari di frequenza) ..... <input type="checkbox"/> pensionato/a-casalingo/a
			Orario di lavoro: .....	

Eventuali note:

.....

**SCADENZA 28 GIUGNO 2019**

**dichiaro, inoltre:**

▶ di garantire personalmente l'accompagnamento del figlio/ al/dal Servizio Pomeridiano prescelto(entro gli orari massimi stabiliti) oppure

▶ di garantire l'accompagnamento del figlio al/dal Servizio Pomeridiano prescelto(entro gli orari massimi stabiliti), da parte dell'adulto o degli adulti sotto indicati, assumendomi piena responsabilità in caso di inadempienza:

Sig. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del minore iscritto

Sig. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del minore iscritto

Sig. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del minore iscritto

**EVENTUALI SEGNALAZIONI PARTICOLARI:**

▶ DIETE SPECIALI PER ALLERGIE E/O INTOLLERANZE (**specificare e produrre certificato medico**)

▶ DIETE ETICO-RELIGIOSE \_\_\_\_\_

▶ ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**Ai fini della determinazione della retta dichiaro che**

l'alunno/a in oggetto è fratello/sorella di altri figli/e iscritti/e al medesimo servizio; nomi:

1) ..... 2) ..... 3) .....

**Ai fini dell' ammissione al Servizio/Progetto dichiaro infine**

▶ **di impegnarmi a pagare mensilmente la retta per la frequenza al Centro Pomeridiano**, attraverso una delle 2 seguenti opzioni, entrambe al costo di € 1,00 + iva:

- SDD\* - AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADEBITO IN C/C.** La retta viene addebitata automaticamente sul conto corrente indicato, senza necessità di ulteriori adempimenti. L'ufficio scuola provvederà a rilasciare il modulo di richiesta del SDD agli interessati, che possono richiederlo anche via mail o scaricarlo dal sito del Comune di Castelnovo di Sotto (nella sezione ASP- Servizi Educativi) o da quello dell'Asp insieme al resto della modulistica.
- MAV\*.** Con tale modalità, verrà inviato a domicilio, via posta, un bollettino MAV pre-compilato in cui è indicato il mese di riferimento, l'importo da pagare e la relativa scadenza; per pagare, occorre recarsi presso qualsiasi sportello bancario (non postale) portando con sé il bollettino, e versando la relativa quota in contanti. E' possibile, con il MAV, pagare anche tramite home-banking.

▶ **INDICARE REFERENTE PER PAGAMENTO E PRATICHE AMMINISTRATIVE VARIE (se diverso dal firmatario della presente domanda, compilare apposito modulo):**     PADRE/TUTORE         MADRE

**DICHIARO DI AVERE RICEVUTO 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 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

**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

**Criteri per stabilire le priorità d'accesso ai servizi/progetti di Centro Educativo Pomeridiano approvato con delibera di Giunta Comunale n. 29 del 30/05/2019**

**Criteri generali:**

- a) Viene valutata la situazione dichiarata al momento dell'iscrizione.
- b) I punteggi per i lavori a tempo determinato, indeterminato, autonomi e simili, sono attribuiti considerando le ore di lavoro dichiarate per il lavoro nel pomeriggio, non la durata del contratto o il tipo di contratto;
- c) La misura delle distanze chilometriche richiamate avviene sempre da Comune a Comune con le applicazioni calcolo del percorso chilometrico disponibili on line, dichiarando l'applicazione utilizzata uguale per tutte le situazioni
- d) Per le condizioni in cui siano attribuibili due o più condizioni alternative a cui corrispondono diversi valori di punteggio, verrà sempre attribuita la condizione che dà diritto al maggior punteggio, nell'ottica del maggior vantaggio per il bimbo iscritto

		Punti da/a	massimo attribuibile
<b>CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE</b>	<p>Mancanza documentabile di uno dei genitori (nucleo monogenitoriale), casi di infermità grave o cronica dei genitori, situazioni documentate di criticità del nucleo familiare nei compiti di accudimento segnalate dai Servizi Sociali</p> <p>Il massimo punteggio è assegnabile nel caso di mancanza assoluta del genitore, quali decesso, mancato riconoscimento.</p> <p>Nel caso di separazione dei genitori i punteggi sono determinati sulla base della vicinanza dell'altro genitore all'abitazione del minore nel modo seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se abita a Castelnuovo in diverso immobile: Punti 3</li> <li>Se abita in diverso Comune: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entro i 15 KM: Punti 5</li> <li>- Oltre i 15 ed entro i 50Km: Punti 8</li> <li>- Oltre i 50 Km: Punti 10</li> </ul> </li> </ul> <p>La situazione di genitori non coniugati sono equiparate alle situazioni dei genitori sposati</p>	1/17	17
<b>IMPEGNO LAVORATIVO DEI GENITORI O FACENTI FUNZIONI</b>	LAVORO IN ORARIO MATTUTINO (con termine entro le ore 13,00)	0	32
	LAVORO IN ORARIO POMERIDIANO (nella fascia 13,00 - 18,00), calcolato come media sui 5 gg di (1):		
	1 ora	3	
	2 ore	6	
	3 ore	10	
	4 ore	14	
	5 ore (ed oltre)	16	
	Si considerano per i periodi lavorati nel pomeriggio anche le mezz'ore lavorate, tramite interpolazione dei punteggi sopraindicati. In caso di lavoro articolato su turni anche pomeridiani viene considerata la media nell'arco di un mese delle ore lavorate nel turno pomeridiano		
	DISOCCUPATO/A O CASALINGO/A	0	
Ad ogni genitore la cui sede di lavoro è oltre i 20 km da Castelnuovo si aggiunge punteggio assegnato	1		
<b>NONNI</b>	Nonno assente (deceduto, bisognoso di assistenza, ospedalizzato, casa di riposo, immobilizzato a letto)	8	32
	Nonno assente (residente oltre i 30 Km dall'abitazione del bambino – evidenziando la località)	7	
	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	5	

	70%, età pari o superiore a 65 anni (compiuti nell'anno in cui si verifica l'iscrizione)		
	Nonni impegnati nell'accudire famigliari con invalidità civile pari o superiore al 70%, abitanti nel raggio di 30 km (punteggio da assegnare a un solo nonno per ogni famigliare assistito)	4	
	Nonno disponibile residente nel comune del bambino, ma non coabitante	2	
	Nonno disponibile coabitante o abitante nello stesso stabile del bambino	1	
<b>ALTRI ADULTI NEL NUCLEO FAMILIARE (diversi dai figli maggiorenni)</b>	Se presenti adulti disponibili in casa in orario pomeridiano (dalle ore 13 in poi), diversi dai figli maggiorenni il punteggio del lavoro dei genitori viene decurtato del	30%	
(1) es. ad un genitore che nella fascia dalle 13,01 alle 18, su 5 gg settimanali, lavora 10 ore complessive, si attribuiscono 6 punti (= 2 ore medie giornaliere)			
(2) la pausa pranzo NON e' considerata orario di lavoro			
In caso di parità di punteggi prevale: a) Minore età b) Iscritto negli anni precedenti In caso di ulteriore parità si procede a sorteggio			

## RICEVUTA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda è stata presentata in data ..... n. prot. ....

L'addetto ricevente (TIMBRO e FIRMA)

\_\_\_\_\_