

Scuola dell'infanzia
Nido integrato
SAN DOMENICO SAVIO

Losson di Meolo (Ve)
Via Losson Centro, 9
Tel. 0421 618289
Fax 0421 618289
infanzialosson@porticonlus.it
www.porticonlus.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER L'ANNO EDUCATIVO 2024-2025

Nuovo

Rinnovo

Alla COOPERATIVA SOCIALE IL PORTICO,

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

in via _____ N. _____ Cap _____

C.F.: _____

Cittadinanza _____

tel. _____

padre madre tutore affidatario

In accordo con

padre madre tutore affidatario

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

in via _____ N. _____ Cap _____

C.F.: _____

Cittadinanza _____

tel. _____

Mail per recapito fatture e comunicazioni varie:

_____ @ _____

_____ @ _____

INTESTATARIO FATTURA _____

PAGAMENTO TRAMITE _____

L'ISCRIZIONE del minore:

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

in via _____ N. _____ Cap _____

C.F.: _____

Cittadinanza _____

al servizio socio-educativo per i bambini da 12 mesi a 36 mesi, denominato Nido **Integrato "San Domenico Savio"**, di Losson di Meolo (VE), con la seguente frequenza, prevista dal lunedì al venerdì, festività:

**Scuola dell'infanzia
Nido integrato
SAN DOMENICO SAVIO**

Losson di Meolo (Ve)
Via Losson Centro, 9
Tel. 0421 618289
Fax 0421 618289
infanzialosson@porticonlus.it
www.porticonlus.it

- NIDO retta mensile € 380,00 (IVA compresa) + presenza giornaliera € 3,80 (IVA compresa);
- NIDO CORTO retta mensile € 325,00 (IVA compresa) + presenza giornaliera € 3,80 (IVA compresa);
- SCONTO FRATELLI frequentanti (nido+nido; nido+infanzia) € 26,25 (IVA compresa) sul secondo figlio

La retta mensile del mese di inserimento, indipendentemente dalla modalità scelta è pari ad € 325,00 + presenza giornaliera (IVA compresa). Per inserimenti successivi al 15 del mese verrà applicata una riduzione pari al 20% sulla retta. Dal giorno 1 del mese successivo verrà applicata la retta della modalità indicata nella domanda di iscrizione e/o successive variazioni. Inserimenti successivi all'avvio dell'anno educativo saranno accolti in presenza di posti liberi, o con pagamento della retta mensile per il mantenimento del posto

SI IMPEGNA

- a far frequentare il/la proprio/a figlio/a dal giorno _____ del mese di _____ fino al giorno _____ del mese di _____
- a corrispondere, anticipatamente entro il 15 di ogni mese la retta mensile dovuta per il servizio richiesto.
- ad accettare tutte le disposizioni e norme che regolano il funzionamento del Nido, e in particolare gli orari di ingresso e di uscita;
- a collaborare con le educatrici per sostenere lo sviluppo armonico e integrale del bambino, partecipando ai colloqui e agli incontri che saranno proposti nel corso dell'anno;
- a segnalare eventuali patologie del bambino (allergie, intolleranze alimentari, necessità di somministrazione farmaci al nido, ecc. ...) al fine di individuare norme preventive da attuare.

PRENDE ATTO

- che il nido ha un proprio progetto educativo, di ispirazione cristiana, che si attiene alle indicazioni regionali e statali sugli asili nido e dichiara di condividere tale progetto educativo;
- che la quota d'iscrizione è pari ad € 100,00 (IVA compresa);
- che non sono, salvo quanto previsto dal Regolamento, dovuti rimborsi della quota di iscrizione e non sono dovute riduzioni della retta mensile in caso di mancata frequenza o di ritiro del figlio/a e che per il periodo di inserimento, così come per periodi di chiusura (Natale, Pasqua) durante l'anno scolastico, non sono previste riduzioni della retta;
- che l'iva applicata per legge, è pari al 5% e che eventuali modifiche governative della stessa, verranno applicate contestualmente all'esecutività della norma;
- che l'azione educativa viene svolta dal Nido in stretta collaborazione con la famiglia e assicurando la disponibilità a questa collaborazione;

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

• **I seguenti Requisiti per la formazione della graduatoria**

(segnare con una crocetta o un numero la casella, **a sinistra**, corrispondente alla propria situazione)

Bambini con fratelli frequentanti il medesimo servizio educativo (nido integrato e scuola dell'infanzia "San Domenico Savio")	
---	--

Scuola dell'infanzia
Nido integrato
SAN DOMENICO SAVIO

Losson di Meolo (Ve)
Via Losson Centro, 9
Tel. 0421 618289
Fax 0421 618289
infanzialosson@porticonlus.it
www.porticonlus.it

Residenza nella frazione di Losson;	
Residenza nel Comune di Meolo o in comuni eventualmente convenzionati	
Bambini privi di entrambi i genitori	
Bambini conviventi con un solo genitore (vedovo/a — nubile/celibe — con figlio riconosciuto da un solo genitore — bambini affidati ad un solo genitore)	
Bambini con entrambi i genitori che lavorano	
Bambini inseriti in nuclei familiari ove sono presenti altri bambini di età inferiore ai 6 anni	
Bambini inseriti in nuclei familiari ove sono presenti portatori di handicap	

- di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore su indicato;
- di essere a conoscenza che il Nido Integrato è una struttura Autorizzata e Accreditata ai sensi della L.R. 32/90 e L.R. 22/02 e in quanto tale svolge il suo servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia;
- di aver preso visione del regolamento e regolamento sanitario scaricabile dal sito internet;
- di essere consapevole che, a norma di legge, l'iscrizione al Nido è vincolata dalla regolarità della situazione vaccinale del proprio figlio e che, in caso di non regolarità, la presente domanda d'iscrizione si intende non accolta;

Le condizioni sopra elencate si intendono qui interamente accettate e si intendono inoltre qui interamente riportate ed accettate le clausole del regolamento interno.

Data

Firma (*)

Ai sensi dell'art.1341 c.c. il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute nei punti 1-2-3-4-5-7-8-9 -10-11-12 del Regolamento allegato

Data

Firma (*)

Il/i sottoscritto/i dichiara/no inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data

Firma (*)

Scuola dell'infanzia
Nido integrato
SAN DOMENICO SAVIO

Losson di Meolo (Ve)
Via Losson Centro, 9
Tel. 0421 618289
Fax 0421 618289
infanzia.losson@porticonlus.it
www.porticonlus.it

genitore, si intende che la scelta del nido sia stata condivisa .

LA PRESENTE DOMANDA È COMPLETA, E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE DATA

_LA RESPONSABILE _____

LA PRESENTE DOMANDA È ACCOLTA IN DATA _____

LA RESPONSABILE _____

Da allegare: copia della Carta d'identità del richiedente, ricevuta di pagamento della quota iscrizione, informativa sulla privacy e altra documentazione richiesta per legge.