



Spett.le Soc. Coop. I Casali
Via A. Guarasci, 56
Spezzano della Sila (Cs)
Email: asilinidoicasali@gmail.com

OGGETTO: Domanda di pre-iscrizione all'asilo nido del Comune di Mangone per l'anno 2026/2027.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____, residente in _____

via _____,

C.F. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____;

nella sua qualità di genitore / tutore / affidatario del bambino / a _____

nato a _____

il _____ residente in _____

via _____ C.F. _____;

CONSIDERATO CHE:

- Tutti gli iscritti potranno usufruire del BONUS NIDO messo a disposizione dal Dipartimento delle politiche per la famiglia (https://www.inps.it/it/it/dettaglio-scheda.it.schede-servizio-strumento.schede-servizi.bonus-asilo-nido-e-forme-di-supporto-presso-la-propria-abitazione-51105.bonus-asilo-nido-e-forme-di-supporto-presso-la-propria-abitazione.html?utm_source=chatgpt.com)
- La retta mensile del servizio Asilo Nido "Primo Volo" è determinata sulla base dell'indicatore ISEE del nucleo familiare, secondo quanto previsto dalla normativa vigente relativa al "Bonus Asilo Nido" erogato dall'INPS;
- **Per i nuclei familiari residenti nel Comune di Mangone**
 - o l'importo mensile da anticipare corrisponderà alla quota rimborsabile dall'INPS tramite Bonus Asilo Nido, in base alla fascia ISEE di appartenenza, per come di seguito riportato:



Fascia ISEE di appartenenza	Contributo Bonus Asilo Nido
0,00 € - 40.000,00 €	€ 327,00
Maggiore di 40.000,00 €	€ 136,37

- La quota eccedente il Contributo Bonus Asilo Nido, che include il costo del servizio mensa, sarà sostenuta dal Comune di Mangone, attraverso l'utilizzo delle risorse trasferite dal Ministero dell'Interno, di cui all'art. 1, comma 496, lett. b), legge 213/2023.

Pertanto, i nuclei familiari residenti nel Comune di Mangone, con ISEE compreso tra 0,00 € - 40.000,00 €, potranno usufruire del servizio di asilo nido in forma gratuita, fermo restando l'obbligo di anticipazione della quota mensile successivamente rimborsata dall'INPS tramite il Bonus Asilo Nido.

- **Per i nuclei familiari non residenti nel Comune di Mangone**

- l'importo mensile da anticipare corrisponderà alla quota rimborsabile dall'INPS tramite Bonus Asilo Nido, in base alla fascia ISEE di appartenenza, per come di seguito riportato:

Fascia ISEE di appartenenza	Contributo Bonus Asilo Nido
0,00 € - 40.000,00 €	€ 327,00
Maggiore di 40.000,00 €	€ 136,37

- La quota eccedente il Contributo Bonus Asilo Nido, incluso il costo del servizio mensa, resterà a carico delle famiglie.

CHIEDE

Di iscrivere, per l'anno scolastico 2026/2027

I bambin_

(COGNOME E NOME)

CONSAPEVOLE CHE GLI ORARI DI SEGUITO INDICATI POTRANNO ESSERE ATTIVATI SUBORDINATAMENTE ALLE RICHIESTE PERVENUTE E ALLE RISORSE DISPONIBILI, **ESPRIMERE** LA PREFERENZA PER LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI ORARIO.



- ☐ ORARIO TEMPO PIENO (CON PRANZO) (8:00/18.00)
- ☐ ORARIO A TEMPO PARZIALE (SENZA PRANZO) (8:00/12:00)
- ☐ ORARIO A TEMPO PARZIALE (CON PRANZO) (8:00/13:30)
- ☐ ORARIO A TEMPO PARZIALE POMERIDIANO (13:30/18:00)

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che in caso di dichiarazione mendace perderà il diritto di frequenza, fatte salve le ulteriori conseguenze previste dalla legge, dichiara, sotto la propria responsabilità, ai fini della predisposizione della graduatoria di ammissione.

- che la situazione anagrafica di famiglia del bambino è la seguente:

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	Nome cognome richiedente o tutore (grado di parentela)



DICHIARA INOLTRE CHE

La condizione socio-sanitaria della famiglia è la seguente (barrare la casella interessata):

- ☐ Che il bambino è portatore di forme di disabilità, accertata ai sensi della L.104/1992;
- ☐ Che nello stesso nucleo familiare anagrafico è presente un figlio minorenni, diverso da quello per il quale si chiede l'iscrizione, con disabilità accertata ai sensi della L. 104/1992;
- ☐ Che all'interno dello stesso nucleo familiare anagrafico è presente un fratello che già frequenta l'asilo nido;
- ☐ Indicare eventuali intolleranze / allergie alimentari _____
- ☐ Che il proprio figlio è stato sottoposto a tutte le vaccinazioni richieste dalla vigente normativa;
- ☐ Famiglia monoparentale (con bambino riconosciuto da un solo genitore o con genitore deceduto o genitore detenuto o comunico genitore esercente la responsabilità genitoriale o ragazza madre o ragazzo padre);
- ☐ Genitore separato, divorziato, celibe /nubile o genitori che non coabitano;
- ☐ Entrambi i genitori coabitano;
- ☐ Presenza di fratelli o sorelle già frequentanti il servizio;
- ☐ Presenza documentata nel nucleo familiare di soggetti disabili e / o di soggetti affetti da particolari patologie sanitarie che richiedano l'assistenza da parte di un genitore;
- ☐ altro (specificare) _____

Allega alla presente:

- 1) certificazione specialistica di disabilità di cui alla L. 104/1992 (se del caso);
- 2) fotocopia dei certificati delle avvenute vaccinazioni o dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000;
- 3) eventuale ulteriore documentazione medica dalla quale emergano elementi sullo stato di salute del bambino tali da richiedere una particolare forma di assistenza;
- 4) fotocopia documento d'identità e codice del genitore sottoscrittore;
- 5) Codice fiscale del bambino;
- 6) Codice fiscale di chi effettua il bonifico;
- 7) Attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma leggibile del/la Richiedente



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. In osservanza di quanto disposto dall'articolo 13 del Regolamento U.E. 2016/679 La Cooperativa Sociale I Casali fornisce le seguenti informazioni agli utenti in merito all'utilizzo dei dati personali.

2. Il titolare del trattamento è la Società Cooperativa I Casali, Via Guarasci 56, 87058 Spezzano della Sila, amministrazioneicasali@gmail.com – PEC: icasalicoop@pec.it

3. Il Titolare tratta i dati personali, qualificabili come qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile, mediante una o più operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

4. I dati personali sono trattati secondo le specifiche finalità previste dai singoli procedimenti amministrativi. La finalità del trattamento è definita dalle fonti normative che disciplinano i singoli procedimenti. Non è previsto il trasferimento dei dati all'estero.

5. Il Responsabile del trattamento dei dati è il legale rappresentante della Cooperativa Sociale I Casali competente del settore specifico al quale si riferiscono le informazioni, secondo gli atti di organizzazione vigenti.

6. I dati personali acquisiti saranno conservati per un periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento delle funzioni istituzionali e dei procedimenti e per il rispetto delle norme previste dalla normativa vigente per la conservazione degli atti e dei documenti a fini archivistici. L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali e la loro eventuale rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento. L'interessato ha altresì il diritto alla portabilità dei dati.

7. L'interessato ha sempre diritto alla revoca del consenso prestato. In questo ultimo caso, la revoca del consenso al trattamento dei dati da parte dell'interessato non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati fino alla revoca.

8. L'interessato ha facoltà di proporre reclamo all'autorità di controllo come da previsione normativa ex art. 13, paragrafo 2, lettera d, del Regolamento U.E. 2016/679

9. Il trattamento dei dati è necessario per la gestione del servizio e l'eventuale mancata comunicazione di tali dati o la mancanza di consenso al trattamento determina l'impossibilità di accedere al servizio richiesto.

Luogo e Data _____

Firma leggibile del / la Richiedente