



COMUNE DI LONA-LASES  
PROVINCIA DI TRENTO  
C.A.P. 38040 Via Maseri n°2  
Tel. 0461/689108 Fax 0461/689379  
Codice Fiscale e P. IVA 00383060225

## MODULO PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO "NIDO FAMILIARE – TAGESMUTTER"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ genitore del bambino \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter accedere al contributo per il servizio "nido familiare- Tagesmutter":

svolto dal soggetto iscritto all'albo provinciale

Coop. Soc. Tagesmutter del Trentino – Il Sorriso

Altro \_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, rinnovabile, per un monte ore mensile pari a \_\_\_\_\_  
(Il Comune riconosce fino a un massimo di 100 ore mensili a bambino, fermo restando lo stanziamento di bilancio).

### DICHIARA CHE:

*(le seguenti dichiarazioni sono rese quali dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 28.12.2000 n 445)*

Il bambino è:

O residente nel Comune di Lona\_Lases;

O di età compresa tra i 3 mesi ed i 3 anni;

O di età superiore ai 3 anni ma non ha acquisito la possibilità effettiva di frequentare la scuola materna di riferimento;

O portatore di handicap fisico, psichico, sensoriale, valutato e certificato dalla competente commissione provinciale di cui alla vigente normativa provinciale, per il quale sia stabilito dal medico specialista un servizio individualizzato da parte della Tagesmutter.

O non è stata presentata analoga richiesta per fruire anche del servizio di Asilo Nido (*pena la non ammissibilità della presente*)

- il padre del bambino sig. \_\_\_\_\_

risiede nel Comune di \_\_\_\_\_ e:

O non svolge attività lavorativa

O svolge attività lavorativa

- la madre del bambino sig.ra \_\_\_\_\_

risiede nel Comune di \_\_\_\_\_ e:

non svolge attività lavorativa

svolge attività lavorativa

il nucleo familiare:

**NON** si trova in particolare disagio socio-economico

si trova in particolare disagio socio-economico per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

la condizione economica familiare è la seguente:

si allega domanda ICEF rilasciata dal CAAF \_\_\_\_\_  
attestante un contributo orario di Euro \_\_\_\_\_;

NON si allega alcuna domanda ICEF e pertanto sono consapevole che mi verrà riconosciuto il contributo orario MINIMO.

Note:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il dichiarante è stato avvertito e si è dichiarato conscio che in caso di mendaci dichiarazioni decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445) e saranno inoltre a lui applicate le sanzioni stabilite dall'art. 496 del vigente codice penale e si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni la decadenza della domanda e la conseguente esclusione dalla convenzione.

L'amministrazione si riserva di operare controlli sulle dichiarazioni sopra rese. Il riscontro di dichiarazioni non veritiere comporta anche la decadenza della domanda e la conseguente esclusione dalla convenzione.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

In fede di quanto sopra il dichiarante si sottoscrive.

\_\_\_\_\_

NOTA:

La presente domanda deve essere presentata direttamente dall'interessato e sottoscritta in presenza dell'incaricato a riceverla esibendo un documento d'identità. Può essere trasmessa anche in altro modo (altro soggetto, mezzo posta), nel qual caso deve essere corredata da fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore.

\_\_\_\_\_

Riservato all'ufficio:

La dichiarazione di cui sopra è stata apposta in mia presenza, previo accertamento dell'identità del sig. \_\_\_\_\_ rilevata dal documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ a me esibito.

Data: \_\_\_\_\_

L'ADDETTO ALLA RICEZIONE  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Prot. n. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ genitore del bambino \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Al fine della liquidazione del sussidio previsto per il sostegno "nido familiare- Tagesmutter" le ore di presenza relative al mese di \_\_\_\_\_

Giorno	dalle ore	alle ore	Totale ore effettivamente fruite	Ore di assenza per malattia certificata
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
<b>TOTALE ORE</b>				

IL DICHIARANTE

LA COOPERATIVA/TAGESMUTTER

## Comune di Lona Lases

### ALLEGATO A)

**SISTEMA DI CALCOLO DELLE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE PER LA PROMOZIONE ED IL SOSTEGNO DEL SERVIZIO NIDO FAMILIARE – TAGESMUTTER MEDIANTE L'UTILIZZO DELL'I.C.E.F. - in base al regolamento approvato con deliberazione consiliare n. 09 di data 09.04.2009**

1. La valutazione delle condizioni socio-economiche avviene mediante l'utilizzo dell'Indicatore della Condizione Economica Familiare (I.C.E.F.) dell'anno precedente quello della domanda di contributo. **In assenza di tale documentazione** viene riconosciuto il contributo orario minimo.
2. Per nucleo familiare si intende quello previsto dalla normativa INPS per l'erogazione dell'Assegno al nucleo familiare per la categoria lavoratori dipendenti.
3. Il contributo ORARIO MINIMO si applica con coefficiente della condizione economica familiare uguale o superiore a 0,30.
4. Il contributo ORARIO MASSIMO si applica con coefficiente della condizione economica familiare uguale o inferiore a 0,13.
5. Nel caso di coefficiente della condizione economica familiare compreso tra il valore 0,13 e il valore 0,30 il contributo orario concesso verrà calcolato proporzionalmente dallo stesso Centro di consulenza accreditato (Caaf).
6. Il sussidio non può superare la spesa effettivamente sostenuta dalla famiglia ed è concesso in riferimento alle ore fruite. Il sussidio è concesso anche per le ore non fruite e comunque pagate dalla famiglia in caso di malattia debitamente documentata da certificato medico.
7. Il monte ore mensile riconosciuto è di massimo 100 ore.
8. Il sussidio viene liquidato dal Comune entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione sotto indicata:  
- copia della fattura con allegato un documento dal quale risulti specifica la prestazione fatturata in modo tale da consentire la verifica nel rispetto dei limiti fissati dagli articoli del regolamento comunale. In particolare si chiede la presentazione di un prospetto mensile, predisposto dal Comune, con le presenze giornaliere del bambino nel quale risultino diversificate le ore ordinarie dalle ore di ferie, assenza e malattia, sottoscritto dalla Cooperativa o dalle Tagesmutter e controfirmato dal genitore.
9. Le domande saranno soddisfatte fino alla concorrenza massima della disponibilità stanziata in Bilancio e seguendo l'ordine di presentazione al protocollo comunale. Sarà comunque garantito il diritto all'inserimento e all'integrazione dei bambini disabili o in situazioni di svantaggio sociale e culturale.

	<b>Classi di valore I.C.E.F.</b>	<b>Valore del contributo orario</b>
Valore minimo I.C.E.F.	0,13	Euro 4,90*
Valore massimo I.C.E.F.	0,30	Euro 4,40*

\*contributo orario compreso il trasferimento provinciale riferito al servizio