CONSORZIO SOCIALE SAVONESE
SOCIETÀ COOPERATIVA

Sede legale: Via Paleocapa, 17/4 | 17100 Savona
Tel: 019 854943 | Fax: 019810943
P.IVA: 01525430094 | CCIAA: SV154076

MODULO ISCRIZIONI

"Centri estivi cittadini presso le scuole di Savona rivolti ai bambini della scuola dell'infanzia e primaria"

Il sottoscritto ……....., nato a ……..……

il ……..……..., residente nel Comune di ……..……

Via……..…… n°……. C.F. ……

telefono…… email……

CHIEDE L'ISCRIZIONE al Centro Estivo "XXV Aprile" (6 – 11 anni)

DEL PROPRIO FIGLIO/A

Cognome e nome..... .....nato/a il .....

C.F. …… Usufruisce della legge 104: SI NO

PER I TURNI DI

☐ **4.7 / 15.7** ☐ **18.7 / 29.7** ☐ **1.8 / 12.8** ☐ **16.8/26.8**

CON IL SEGUENTE ORARIO DI APERTURA

☐ **7.30-17.00 (entrata 7.30 – 9.00 e uscita 16.30 – 17.00).**

E' prevista un'uscita intermedia 13.30-14.00 in caso di necessità.

LA RETTA (per 2 settimane di frequenza):

Valore ISEE		Retta (due settimane)
Segnalazioni Serv. Soc.		**Esenzione totale**
Da 0	**A 10000**	**Esenzione totale**
Da 10001	**A 20000**	**125 €**
Da 20001	**A 30000**	**180 €**
Da 30001		**250 €**

A TAL FINE DICHIARA

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI		PUNTI
SITUAZIONE LAVORATIVA PADRE		
Lavoratore dipendente presso.....su più turni ☐		

Sede legale: Via Paleocapa, 17/4 | 17100 Savona
Tel: 019 854943 | Fax: 019810943
P.IVA: 01525430094 | CCIAA: SV154076

Lavoratore autonomo in qualità di.....		
Lavoratore stagionale presso.....		
Altre tipologie contrattuali.....		
☐ Inoccupato……..		
Numero ore lavorative settimanali totali fino a 12 ore ◻ da 13 a 24 ore ◻ da 25 a 36 ore ◻ oltre le 37 ore ◻		
Sede di lavoro fino a 10 km ◻ oltre 10 km ◻ oltre 30 km ◻ oltre 50 km ◻		
Attualmente in cassa integrazione (meno metà tempo lavoro) SI' ◻ NO ◻ Attualmente in cassa integrazione (oltre metà tempo lavoro) SI' ◻ NO ◻		
SITUAZIONE LAVORATIVA MADRE		
Lavoratore dipendente presso.....su più turni ◻		
Lavoratore autonomo in qualità di.....		
Lavoratore stagionale presso.....		
Altre tipologie contrattuali.....		
☐ Inoccupata……..		
Numero ore lavorative settimanali totali fino a 12 ore ◻ da 13 a 24 ore ◻ da 25 a 36 ore ◻ oltre le 37 ore ◻		
Sede di lavoro fino a 10 km ◻ oltre 10 km ◻ oltre 30 km ◻ oltre 50 km ◻		
Attualmente in cassa integrazione (meno metà tempo lavoro) SI' ◻ NO ◻ Attualmente in cassa integrazione (oltre metà tempo lavoro) SI' ◻ NO ◻		

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che in caso di dichiarazioni non veritiere potrà essere revocata l'assegnazione del posto,

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che nella formulazione della graduatoria verrà data precedenza:
  - ai bambini i cui genitori sono entrambi lavoratori nel periodo estivo
  - con più bambini iscritti e in relazione al numero di settimane di iscrizione
  - a parità di punteggio avrà la precedenza l'utente con ISEE più basso

- Che il servizio verrà attivato in presenza di almeno 15 iscrizioni.

Sede legale: Via Paleocapa, 17/4 | 17100 Savona
Tel: 019 854943 | Fax: 019810943
P.IVA: 01525430094 | CCIAA: SV154076

DICHIARA inoltre

Sotto la propria responsabilità e consapevole che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

- Che intende fruire delle rette secondo le fasce ISEE previste e, pertanto, che nella dichiarazione sostitutiva CAF _____n° _____ sottoscritta in data _____ valida fino al _____ l'indicatore della Situazione Economica Equivalente del proprio nucleo familiare (ISEE) è pari a_____ (la dichiarazione ISEE deve essere riferita alla situazione di entrambi i genitori salvo i casi previsti dalla normativa)

E SI IMPEGNA

al pagamento della quota dovuta per il periodo richiesto entro il venerdì della prima settimana di ciascun turno

Savona, data _____ **IL/LA DICHIARANTE** _____

N.B. è necessario allegare alla domanda copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.