

RICHIESTA D'ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO "I LEPROTTI" ANNO SCOLASTICO 2020/2021

I SOTTOSCRITTI 1 _____

2 _____

(genitore 1) Residente a _____ Via _____ n. _____

data e luogo di nascita _____ codice fiscale _____

Telefono di reperibilità _____ Email _____

(genitore 2) Residente a _____ Via _____ n. _____

data e luogo di nascita _____ codice fiscale _____

Telefono di reperibilità _____ Email _____

CODICE FISCALE del genitore, da inserire in fattura (OBBLIGATORIO) _____

dipendenti azienda ospedaliera

dipendenti aziende esterne convenzionate

utenza esterna

CHIEDONO

L'ISCRIZIONE CON MODALITA' DI FREQUENZA:

5 GIORNI SETTIMANALI

4 GIORNI SETTIMANALI

3 GIORNI SETTIMANALI

TEMPO BREVE (dalle 7.30 alle 16.30)

TEMPO PIENO (dalle 7.30 alle 18.30)

PART-TIME Mattino (dalle 7.30 alle 13.30)

PART-TIME Pomeriggio (dalle 12.30 alle 18.30, senza pranzo)

L'ISCRIZIONE AI SERVIZI DI:

PRE NIDO (dalle 6,45 alle 7,30). Il servizio sarà attivato con un minimo di 6 adesioni.

POST NIDO (dalle 18,30 alle 19,15). Il servizio sarà attivato con un minimo di 6 adesioni.

A PARTIRE DAL MESE DI _____ **per l'anno scolastico 2020/2021**

DEL/LLA PROPRIO/A FIGLIO/A _____ **nato/a il** _____

DEL/LLA PROPRIO/A FIGLIO/A _____ **nato/a il** _____

LE RETTE MENSILI SONO INDICATE DALLE SOTTOSTANTI TABELLE:

| FASCIA ORARIA FREQUENZA 5 GIORNI SETTIMANALI | DIPENDENTI AZIENDA OSPEDALIERA | DIPENDENTI AZIENDE CONVENZIONATE | UTENZA ESTERNA |
|---|--------------------------------------|--|-------------------|
| TEMPO BREVE (dalle 7.30 alle 16.30) | € 521 | € 573 | € 600 |
| TEMPO PIENO (dalle 7.30 alle 18.30) | € 613 | € 675 | € 709 |
| PART-TIME Mattino (dalle 7.30 alle 13.30) | € 490 | € 540 | € 567 |
| PART-TIME Pomeriggio (dalle 12.30 alle 18.30, senza pranzo) | € 464 | € 510 | € 536 |

| FASCIA ORARIA FREQUENZA 4 GIORNI SETTIMANALI | DIPENDENTI AZIENDA OSPEDALIERA | DIPENDENTI AZIENDE CONVENZIONATE | UTENZA ESTERNA |
|---|--------------------------------------|--|-------------------|
| TEMPO BREVE (dalle 7.30 alle 16.30) | € 458 | € 504 | € 528 |
| TEMPO PIENO (dalle 7.30 alle 18.30) | € 540 | € 593 | € 621 |
| PART-TIME Mattino (dalle 7.30 alle 13.30) | € 432 | € 476 | € 499 |
| PART-TIME Pomeriggio (dalle 12.30 alle 18.30, senza pranzo) | € 408 | € 448 | € 471 |

| FASCIA ORARIA FREQUENZA 3 GIORNI SETTIMANALI | DIPENDENTI AZIENDA OSPEDALIERA | DIPENDENTI AZIENDE CONVENZIONATE | UTENZA ESTERNA |
|---|--------------------------------------|--|-------------------|
| TEMPO BREVE (dalle 7.30 alle 16.30) | € 417 | € 457 | € 484 |
| TEMPO PIENO (dalle 7.30 alle 18.30) | € 490 | € 540 | € 567 |
| PART-TIME Mattino (dalle 7.30 alle 13.30) | € 392 | € 433 | € 453 |
| PART-TIME Pomeriggio (dalle 12.30 alle 18.30, senza pranzo) | € 371 | € 408 | € 428 |

| | DIPENDENTI AZIENDA OSPEDALIERA | DIPENDENTI AZIENDE CONVENZIONATE | UTENZA ESTERNA |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------|
| PRE NIDO (dalle 6,45 alle 7,30) | € 62 | € 68 | € 74 |
| POST NIDO (dalle 18,30 alle 19,15) | € 62 | € 68 | € 74 |

- Le rette indicate potranno subire aumenti in funzione di disposizioni ministeriali e/o regionali legate al Covid-1

CONDIZIONI, FATTURAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Le **rette mensili** hanno validità per tutto l'anno educativo. Le rette di frequenza comprendono la fornitura del materiale di consumo per attività didattiche ed educative, materiale per la cura e l'igiene personale (inclusi pannolini, bavaglie ed asciugamani), costo del pasto.

Non sono previsti storni sulla retta mensile per malattia e/o assenze.

In caso di chiusura forzata del servizio per decisione governativa, la famiglia è tenuta a pagare il 50% della retta successiva al mese di sospensione.

La conferma dell'ammissione al nido avviene a seguito della consegna del modulo d'iscrizione debitamente compilato e della presentazione della ricevuta del versamento della quota d'iscrizione pari **ad € 50,00**.

La quota d'iscrizione obbligatoria (non rimborsabile, anche in caso di mancata frequenza) dovrà essere versata con le seguenti modalità:

- bonifico bancario su c/c IT 21 U 03440 50480 000000453000 intestato alla Coop. Stripes;
- in contanti/POS presso la Cooperativa, in via San Domenico Savio 6, Rho.

Nel **periodo dell'inserimento** la retta sarà fatturata per intero in caso di inizio ambientamento nella prima quindicina del mese; al 50% nel caso in cui l'ambientamento avvenga nella seconda quindicina del mese.

Nel caso di **frequenza di 2 o più fratelli**, ai successivi si applicherà una riduzione del 40% sulla retta mensile.

La richiesta di **CAMBIO FREQUENZA**, deve essere presentata entro il 15 del mese precedente a quello della modifica sull'apposito modulo. Per i mesi di GIUGNO e LUGLIO si accettano richieste di cambi frequenza solo entro il 15 maggio

RINUNCE

Si accettano rinunce fino al 31 marzo, dopo tale data rimane per le famiglie l'impegno a versare la quota fissa. Si precisa che, la richiesta di ritiro del bambino dal servizio antecedente al 31 marzo, deve essere presentata entro il 15 del mese precedente a quello del ritiro, in caso contrario sarà dovuta la retta mensile per intero.

La Stripes Coop. Sociale provvederà a consegnarvi mensilmente la fattura relativa al servizio usufruito; la prima fattura sarà comprensiva di due mensilità, il mese di inserimento e il mese successivo.

Il pagamento della fattura dovrà essere effettuato entro il 15 del mese scegliendo una delle seguenti modalità:

- Procedura SEPA SDD addebito su Vs. conto corrente bancario con la sottoscrizione di un modulo. Qualora scegliate questa forma di pagamento, vi verrà consegnata una copia del suddetto modulo che dovrà essere compilato e con - segnato alla coordinatrice dell'asilo nido. La procedura SEPA SDD potrà essere attivata soltanto successivamente alla riconsegna del modulo e la conferma dell'attivazione potrà essere riscontrata, oltre che sul vostro conto corrente, nella fattura nel campo riservato al *metodo di pagamento*.
- BONIFICO BANCARIO nella fattura troverete nelle metodo di pagamento i dati bancari dove poter effettuare il bonifico. **E' importante indicare nella causale di pagamento: Beneficiario Stripes Coop. Sociale Onlus, il n° di fattura (o il mese di riferimento) e il cognome del bambino.**
- CONTANTI/POS solo presso la sede della Coop. Stripes, via San Domenico Savio 6 – Rho

Per ricevuta e approvazione di tutte le condizioni sopra esposte

Data _____ FIRMA DEI GENITORI (o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

TUTELA DELLE PERSONE E DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La scrivente, quale titolare del trattamento, informa che i dati personali richiesti sono necessari per lo svolgimento del servizio e saranno trattati conformemente alle prescrizioni di cui al Regolamento Generale Europeo per la protezione dei dati 2016/679.

Si chiede quindi di apporre la firma per presa visione delle informazioni sul trattamento dei dati, indicati in forma estesa completa nell'elenco dei diritti e delle relative modalità di esercizio, riportati sul sito della Cooperativa Stripes.

FIRMA DEI GENITORI (o di chi esercita la
responsabilità genitoriale)