

**LEGGE REGIONALE N.23/80: CONTRIBUTO PER IL FUNZIONAMENTO ANNO 2014
ANNO SCOLASTICO 2013-2014**

SCHEDA RELATIVA ALL'ATTIVITÀ:

- SCUOLA D'INFANZIA**
 CENTRO INFANZIA (istituto con L.R.32/90 - per la fascia d'età 3-6 anni)

Il sottoscritto _____ in qualità di **LEGALE RAPPRESENTANTE** dell'Ente Titolare e/o gestore del servizio _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue:

Di essere una scuola riconosciuta dall'Ufficio Scolastico regionale per il Veneto (MIUR) con*:

- DECRETO DI PARITÀ SCOLASTICA** N° _____ del _____
 ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA NON PARITARIE

*** QUESTO CAMPO E' OBBLIGATORIO: LA MANCATA COMPILAZIONE COMPORTA L'ESCUSIONE DELLA DOMANDA**

(SE COMPILATA A MANO, SCRIVERE IN STAMPATELLO E-MAIL COMPRESA)

SOGGETTO:

Denominazione Ente titolare del Servizio _____
 Codice Fiscale _____ ; Partita IVA _____
 Via _____ n. _____ Località _____
 Cap _____ Comune _____ Prov. **PD** ULSS _____
 Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Tipologia Ente Religioso Cooperativa Coop. Sociale IPAB
 Fondazione Società Comune Associazione
 Altro (specificare) _____

SERVIZIO:

Denominazione della scuola d'infanzia / centro infanzia _____
SCUOLA DELL'INFANZIA
 Via _____ n. _____ Località _____
 Cap _____ Comune _____ Prov. **PD** ULSS _____
 Tel. _____ fax _____ e-mail _____

• UTENZA (LE DICHIARAZIONI DEVONO CORRISPONDERE A QUANTO DICHIARATO AL MINISTERO)

Numero sezioni funzionanti nell'anno scolastico _____
 La struttura è autorizzata ad ospitare massimo bambini N° _____

TOTALE BAMBINI ISCRITTI per l'a.s. 2013/2014 N° _____

Numero bambini per Sezione:

Sez. 1	_____
Sez. 2	_____
Sez. 3	_____
Sez. 4	_____
Sez. 5	_____

Numero bambini per classi di età:

ANNO NASCITA	Totale	Di cui femmine	Di cui altra nazionalità
2 anni - Anticipo 'No sezione Primavera' -2011			
3 anni 2010			
4 anni 2009			
5 anni 2008			

N° bambini portatori di

CODICE BAMBINO/A (indicare per ogni bambino iniziali e anno di nascita): es. Mario Rossi nato nel 2007:	Certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario competente ai fini dell'integrazione scolastica-UVMD	Certificazione legge 104/92, art.4	Tipologia dell'handicap
	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Psicico <input type="checkbox"/> Plurimo

CODICE BAMBINO/A riportare quello precedente	<u>insegnante di sostegno:</u>	N° ore settimanali a disposizione	Ente di appartenenza dell'insegnante di sostegno	La spesa dell'inseg. è a totale carico dell'Ente titolare del servizio (scuola dell'infanzia)	Se NO, indicare quale altro Ente sostiene la spesa e in che misura (es.: 20%, 50%, 75%, 100%, etc.)
	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SCUOLA MATERNA	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ente: ____ % di finanziamento: ____

	N° bambini assistiti	CODICE/I BAMBINO/I Riportare quello/i precedente/i
	1	

N° totale di insegnanti di sostegno a carico dell'Ente titolare del

CODICE BAMBINO/A riportare quello precedente	<u>addetto all'assistenza:</u>	N° ore settimanali a disposizione	Ente di appartenenza dell'addetto all'assistenza	Spesa dell'addetto a totale carico dell'Ente titolare del servizio (scuola dell'infanzia)	Spesa dell'addetto a totale carico di altro Ente (indicare quale)
	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ULSS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <u>ULSS</u>

• MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO

Orario di apertura dal lunedì al venerdì: 08.00 alle ore 16.00

E' prevista la possibilità di estensione dell'orario (anticipo e/o posticipo) Anticipo: dalle ore 07.30 alle ore 08.00
16.00 alle ore 16.30

Apertura al sabato Si No

Periodo di apertura (per l'anno scolastico) Dal /09/2013 Al /06/2014

• **SERVIZI EROGATI**

	Gestione diretta	In convenzione con altri enti
Servizio Cucina (mensa)	[X]	[]

• **RETTE**

Retta <u>mensile</u> per bambino a carico della famiglia	€
--	---

La retta mensile:

- Include il pasto Non include il pasto -> singolo buono pasto € _____
 Include il trasporto Non include il trasporto -> costo mensile servizio trasporto € _____

Esoneri e/o riduzioni della retta mensile per bambino a carico della famiglia

- Numero fratelli Handicap Situazione di svantaggio economico
 Altro _____

Timbro

IL LEGALE RAPPRESENTANTE