



RICHIESTA LISTA DI ATTESA

A.S. _____

I sottoscritti:

Genitore1 _____ nat* a _____ il _____

Genitore2 _____ nat* a _____ il _____

C.F. Gen1 _____ C.F. Gen2 _____

Residenza Gen1 a _____ in Via _____ N° _____

Residenza Gen2 a _____ in Via _____ N° _____

Lavoro Genitore1 _____ Lavoro Genitore2 _____

Recapito tel. Genitore1 _____ Recapito tel. Genitore2 _____

Mail Gen1 _____ Mail Gen2 _____

chiedono

che il/la proprio/a figlio/a _____ nat* a _____ il _____

C.F. _____

venga ammesso/a presso il Micro Nido "Primi Passi", sito in Via Gnifetti, 5 Novara, durante gli orari e i giorni concordati.

Inizio frequenza mese di _____ anno _____

Indicare la fascia di età, la formula oraria richiesta e l'eventuale flessibilità oraria:

(si segnala che il part time verrà assegnato solo dopo aver esaurito le richieste per il tempo pieno)

PICCOLI TEMPO PIENO* (dai **3** ai **12 mesi** compiuti entro il 31 agosto)

PICCOLI PART-TIME Mattino PICCOLI P.T.Pomeriggio

MEDI TEMPO PIENO (dai **13** ai **24 mesi** compiuti entro agosto)

MEDI PART-TIME Mattino MEDI P.T.Pomeriggio

GRANDI TEMPO PIENO (dai **23** ai **36 mesi** compiuti entro il 31 agosto)

GRANDI PART-TIME Mattino GRANDI P.T.Pomeriggio

Attivazione "**pre nido**" dalle ore 7.30 Attivazione "**post nido**" dalle 16.30 fino alle 17.30

**Richieste particolari e/o segnalazioni (dieta, salute etc):**

PER RISERVARE IL POSTO, OCCORRE VERSARE UNA CAPARRA DI EURO 100.00, che verrà recuperata al pagamento della prima retta di frequenza, da cui sarà decurtata. Se la famiglia recede dalla richiesta del posto, la caparra non verrà restituita.

PRIMA DI VERSARE LA CAPARRA, OCCORRE inviare la presente richiesta e VERIFICARE SE VI SONO ANCORA POSTI DISPONIBILI: se i posti sono momentaneamente tutti occupati, la famiglia verrà avvisata e messa in lista d'attesa senza dover versare alcuna caparra.

Novara, il _____ I richiedenti : Firma Genitore1 _____

Firma Genitore2 _____

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 esprimo il mio consenso al trattamento dei dati sopra indicati, per la sola attivazione del servizio richiesto.

Firma Genitore1 _____ Firma Genitore2 _____

ORARIO MICRO NIDO

Il nido è aperto:

- da **lunedì a venerdì**, dalle ore **8.30** alle ore **16.30**
(con possibilità di ingresso fino alle 9.00 e di uscita dalle 16.00).
È attivo il servizio di flessibilità in ingresso ore **7.30-8.30** e in uscita ore **16.30-17.30**, senza costi aggiuntivi.
- dal mese di settembre (di solito 2^a settimana completa) al mese di luglio (sino alla 2^a settimana) e rispetta le chiusure previste dal Calendario Regionale Scolastico.

Il Micro Nido può essere frequentato con i seguenti orari:

Tempo pieno **8.30-16.30** o, con flessibilità, **7,30 - 17.30**

Part time mattino **8.30 – 12.30** o, con flessibilità, **7.30 - 12.30**

Part time pomeridiano **13.00 – 16.30** o, con flessibilità, **13.00 - 17.30**

COSTI IN DETTAGLIO a.s. 2021-2022

	ORARIO	COSTO
<u>Tempo pieno</u>	8.30-16.30	euro 450,00 X 11 mensilità
Con flessibilità	7.30-17.30	euro 450,00 X 11 mensilità
<u>Part time mattino</u>	8.30-12.30	euro 330,00 X 11 mensilità
Con flessibilità	7.30-12.30	euro 330,00 X 11 mensilità
<u>Part time pom.</u>	12.30-16.30	euro 220,00 X 11 mensilità
Con flessibilità	12.30-17.30	euro 220,00 X 11 mensilità

Il pagamento della retta va versato per intero tutti i mesi dell'anno scolastico, indipendentemente dalla presenza di festività o dall'assenza per malattia.