



Venezia, 18 novembre 2009
Prot. 4433/ASS

Al Responsabile dell'Ente in indirizzo

Oggetto: Legge regionale n. 23/80 Scuole d'infanzia non statali e Centri infanzia. Contributo anno 2010.

Ho il piacere di trasmettere la scheda per la rilevazione dell'attività svolta presso le scuole dell'infanzia non statali nell'anno scolastico 2008/09.

Grazie alla raccolta di questi dati sarà possibile determinare l'ammontare del contributo 2010, finalizzato alla riuscita dell'intervento educativo svolto dalle numerose scuole d'infanzia della Regione del Veneto, alle quali viene riconosciuto l'alto valore sociale.

A tal fine dovrete **inviare entro il 31 gennaio 2010**, la scheda di rilevazione dell'attività svolta, la domanda di contributo, assegnabile ai sensi della Legge regionale n. 23/80, e i modelli 3.1/2008 e 4.1/2008, allegati alla presente, all'indirizzo:

**Regione del Veneto – Direzione Regionale per i Servizi Sociali
Ufficio Servizi Prima Infanzia
Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia**

Per qualsiasi chiarimento ed informazione fossero necessari, è possibile contattare gli uffici regionali del Servizio Famiglia, ai recapiti indicati nel riquadro qui sotto.

Con l'auspicio che, assieme alla conferma della collaborazione tra la Regione del Veneto e la Scuola d'infanzia e/o Centro infanzia da Voi gestito, venga presto risolto in maniera positiva la problematica derivata dall'inclusione delle spese sociali all'interno del patto di stabilità nazionale, che ha comportato ripercussioni economiche pesanti a tutto il comparto sociale, auguro a Lei e ai Suoi collaboratori una proficua prosecuzione del vostro lavoro.

Con i più cordiali saluti.

dott. Stefano Valdegamberi

Direzione Regionale per i Servizi Sociali
Servizio per la Famiglia
Dirigente Responsabile: dr. Francesco Gallo tel. 041-2791403
Dorsoduro, rio novo 3493 – 30123 Venezia
Ufficio Servizi Prima Infanzia
Responsabile: dr.ssa Patrizia Fincato tel. 041-2791462
sig.ra Silvia Zagati tel. 041-2791365
Telefax 041-2791369, e-mail: patrizia.fincato@regione.veneto.it

**LEGGE REGIONALE N.23/80: CONTRIBUTO PER IL FUNZIONAMENTO ANNO 2010
ANNO SCOLASTICO 2008-2009**

SCHEDA RELATIVA ALL' ATTIVITÀ:

<input type="checkbox"/> SCUOLA D'INFANZIA <input type="checkbox"/> CENTRO INFANZIA (istituito con L.R.32/90- per la fascia d'età 3-6 anni)
--

Si ricorda che, ai sensi della DGR n.84/2007 di applicazione della L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", a partire dal 2009 la fascia d'età 3-6 anni dei centri infanzia dovrà rispettare la norma statale vigente (minimo 1 sezione).

SOGGETTO:

Denominazione Ente titolare del Servizio _____ Codice Fiscale _____ Partita IVA _____ Via _____ n. _____ Località _____ Cap _____ Comune _____ Prov. _____ ULSS _____ Tel. _____ fax _____ e-mail _____ Tipologia Ente: <input type="checkbox"/> Ente religioso <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Coop. Sociale <input type="checkbox"/> IPAB <input type="checkbox"/> Fondazione <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

SERVIZIO:

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

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

Numero sezioni funzionanti nell'anno scolastico 2008/09 |__|__|

La struttura è autorizzata ad ospitare massimo bambini N°|__|__|

TOTALE BAMBINI ISCRITTI per l'a.s. 2008/2009 N°|__|__|

Numero bambini frequentanti per sezione:

sez.1	Sez. 2	Sez. 3	Sez.4	Sez.5	Sez.6	Sez.7	Sez.8	Sez.9	Sez. 10

Numero bambini per classi di età:

	3 anni	4 anni	5 anni	Altra età (specificare)_____
ANNO NASCITA	(2005)	(2004)	(2003)	
Totale				
Di cui femmine				
Di cui di altra nazionalità				

N° bambini portatori di handicap: |_|_|_|

CODICE BAMBINO/A (indicare per ogni bambino iniziali e anno di nascita): es. Mario Rossi nato nel 2003; MR2003	Certificazione rilasciata dal Servizio Sanitario competente ai fini dell'integrazione scolastica-UVMD	Certificazione Legge 104/92, art. 4	Tipologia dell'handicap	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Psicico	<input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Plurimo
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Psicico	<input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Plurimo
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Psicico	<input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Plurimo
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Psicico	<input type="checkbox"/> Motorio <input type="checkbox"/> Plurimo

CODICE BAMBINO/A riportare quello precedente	<u>insegnante di sostegno:</u>	N° ore settimanali a disposizione del bambino	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 type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ente: _____ % di finanziamento: _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ente: _____ % di finanziamento: _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ente: _____ % di finanziamento: _____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ente: _____ % di finanziamento: _____

	N° bambini assistiti	CODICE/I BAMBINO/I Riportare quello/i precedente/i
Insegnante A		
Insegnante B		
Insegnante C		
Insegnante D		

N° totale di insegnanti di sostegno a carico dell'Ente titolare del servizio: |_|_|

CODICE BAMBINO/A riportare quello precedente	<u>addetto all'assistenza:</u>	N° ore settimanali a disposizione del bambino	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 type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si_____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si_____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si_____
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si_____

➤ **MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO**

Orario di apertura dal lunedì al venerdì:	dalle ore _____ alle ore _____
E' prevista la possibilità di estensione dell'orario (anticipo e/o posticipo)	Anticipo: dalle ore _____ alle ore _____ Posticipo: dalle ore _____ alle ore _____
Apertura al sabato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Periodo di apertura (per l'anno scolastico 2008/2009)

Dal ___/___/2008 al ___/___/2009

➤ **SERVIZI EROGATI**

	Gestione diretta	In convenzione con altri enti
Servizio cucina (mensa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività estive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **RETTE**

Retta <u>mensile</u> per bambino a carico della famiglia (segnare 0 in caso di retta gratuita)	€ _____
--	---------

La retta mensile:

- Include il pasto Non include il pasto → costo unitario 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 per :

- Numero fratelli
 Handicap
 Situazione di svantaggio economico
 Altro _____

Timbro

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

I dati raccolti con questa scheda sono ad esclusivo uso della Direzione Regionale per i Servizi Sociali e trattati secondo quanto previsto D.L. n. 196 del 30/6/2003