

DOMANDA D'ISCRIZIONE AL NIDO UMBERTO I

(A) Il sottoscritto _____ C.F. (codice fiscale) _____
nato a _____ Prov./Stato _____ il _____
residente a: Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
in via _____ n. _____
cellulare _____ telefono abitazione _____
recapito telefonico presso il luogo di lavoro _____
e-mail personale e/o di lavoro: _____
 padre madre esercente la responsabilità genitoriale

(B) Il sottoscritto _____ C.F. (codice fiscale) _____
nato a _____ Prov./Stato _____ il _____
residente a: Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
in via _____ n. _____
cellulare _____ telefono abitazione _____
recapito telefonico presso il luogo di lavoro _____
e-mail personale e/o di lavoro: _____
 padre madre esercente la responsabilità genitoriale

del bambino: M F _____ C.F. _____
(Cognome e Nome) (Codice Fiscale)

CHIEDE/CHIEDONO

l'iscrizione del bambino al Nido dell'I.P.A.B. Asilo Infantile Umberto I per l'anno scolastico ____/____ .
A tal fine sono consapevoli della responsabilità penale nella quale incorre in caso di dichiarazioni false o non corrispondenti al vero e della decadenza dei benefici prodotti da dichiarazioni non veritiere (art. 495 c.p.).

DICHIARA/DICHIARANO

A) DATI DEL BAMBINO

che il proprio bambino/a:

- è nato a: _____ Prov./Stato _____ il _____
- è cittadino: italiano altro – indicare nazionalità _____
- è residente a: Comune _____ Prov. _____

in via _____ n. _____

è stato sottoposto alle vaccinazioni ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n.73, convertito con modificazioni dalla legge n.119 del 31/07/2017.

- Altri riferimenti telefonici: _____

(indicare il grado di parentela o la qualifica di chi risponde ai numeri indicati)

- non ha mai frequentato asili nido; ha frequentato il nido di: _____

B) NUCLEO FAMILIARE

che oltre ai dichiaranti e al bambino da iscrivere, la famiglia anagrafica è composta da:

(Cognome e Nome)	(data e luogo di nascita)	(grado di parentela)	(professione)

C) PATTO EDUCATIVO

di ricevere e di accettare integralmente gli attuali: Carta dei Servizi Nido, Regolamento di Gestione e Piano dei Costi (rette e orari). Prendono atto che tali documenti potranno subire variazioni che verranno tempestivamente comunicate. Sono a conoscenza che l'azione educativa è svolta in collaborazione con la famiglia ed assicurano la propria disponibilità.

D) AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE SCOLASTICHE

Nel caso di programmazione di uscite didattiche quali visite d'istruzione, passeggiate, indagini ambientali, gite ed altre attività esterne codesto Ente si impegna a illustrare in via preventiva tempistica e costi del singolo progetto; in ogni caso con la sottoscrizione della presente domanda di iscrizione il sottoscritto esercente la responsabilità genitoriale esprime il suo consenso e autorizza il minore a partecipare alle uscite scolastiche.

E) SCELTA FASCIA ORARIA

richiedono di usufruire del servizio giornaliero:

- Fascia 1 ingresso ore 7.30/9.00 uscita dopo il pranzo entro le ore 13.00
 - Fascia 2 ingresso ore 7.30/9.00 uscita dopo il riposo entro le ore 16.00
 - Fascia 3* ingresso ore 7.30/9.00 uscita pomeridiana entro le ore 16.30
 - Fascia 4* ingresso ore 7.30/9.00 uscita pomeridiana entro le ore 17.00
 - Fascia 5* ingresso ore 7.30/9.00 uscita di fine giornata entro le ore 18.00
- o del servizio pomeridiano:
- Fascia 6* ingresso entro le ore 11.00 uscita pomeridiana entro le ore 17.00
 - Fascia 7* ingresso entro le ore 11.00 uscita di fine giornata entro le ore 18.00

* l'attivazione della fascia sarà effettuata solo con un numero di iscrizioni che permettano la qualità e la copertura economica del servizio.

F) MESE RICHIESTO DI INSERIMENTO _____

G) EVENTUALI ANNOTAZIONI O RICHIESTE

Castelfranco Veneto, li _____ Firma (A) _____

firma di autocertificazione – DPR 445 del 2000

Firma (B) _____

firma di autocertificazione – DPR 445 del 2000

Documenti da allegare:

- fotocopia della tessera sanitaria del bambino;
- fotocopia documento d'identità degli esercenti la responsabilità genitoriale;
- consenso Regolamento/Informativa per il trattamento dei dati personali;
- certificato medico per eventuali intolleranze alimentari o allergie;
- fotocopia ricevuta di versamento quota d'iscrizione annuale effettuata presso il Tesoriere dell'Ente:

INTESA SANPAOLO SPA IBAN: IT 77 F 03 06 91 21 17 10 00 00 3 0 0 8 5 6