



# NIDO "IL PAESE DEI BALOCCHI"

Via Papa Giovanni XXIII, 39 – 24020 Villa d'Ogna – Bergamo

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO - a.ed. 2018/2019

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

### CHIEDONO

l'iscrizione del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

al nido "Il paese dei balocchi", integrato alla scuola dell'infanzia parrocchiale "Teresa Pesenti" per l'anno scolastico 2018-2019, condividendone il progetto educativo.

I sottoscritti **dichiarano**, ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione, che i dati indicati nella presente domanda sono veritieri.

### Dati del/della bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione:

\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nome

\_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ provincia

\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ sesso  
M   
F  \_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ seconda cittadinanza

### Indirizzo di residenza

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n°

\_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ frazione \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ c.a.p.

- è stat\_ sottopost\_ alle vaccinazioni obbligatorie  sì  no (si allega copia del cartellino vaccinale)
- necessita di terapie farmacologiche\*  sì  no
- presenza allergie e/o intolleranze alimentari\*  sì  no
- patologie e altre allergie non alimentari\*  sì  no

\*in caso di risposta positiva, presenterà certificazione medica comprovante lo stato patologico

## Recapiti telefonici

numero- ruolo/luogo

---

---

---

numero- ruolo/luogo

---

---

---

## Indirizzi email

---

---

---

---

## Situazione familiare

coniugati       conviventi       divorziati       genitore unico       separati

### Padre

\_\_\_\_\_

cognome

\_\_\_\_\_

nome

\_\_\_\_\_

stato di nascita

\_\_\_\_\_

comune

\_\_\_\_\_

provincia

\_\_\_\_\_

sessso

M

F

\_\_\_\_\_

data di nascita

\_\_\_\_\_

codice fiscale

\_\_\_\_\_

cittadinanza

\_\_\_\_\_

professione

### Madre

\_\_\_\_\_

cognome

\_\_\_\_\_

nome

\_\_\_\_\_

stato di nascita

\_\_\_\_\_

comune

\_\_\_\_\_

provincia

\_\_\_\_\_

sessso

M

F

\_\_\_\_\_

data di nascita

\_\_\_\_\_

codice fiscale

\_\_\_\_\_

cittadinanza

\_\_\_\_\_

professione

Fratelli/sorelle

cognome

nome

sexso

data di nascita

M  F

M  F

M  F

M  F

I sottoscritti **comunicano** che intendono usufruire dei seguenti servizi:

- frequenza full-time                      dalle ore 7,30 alle ore 18,00            € 395,00  
 frequenza part-time mattiniero        dalle ore 8,30 alle ore 13,30           € 355,00  
 frequenza part-time pomeridiano      dalle ore 13,00 alle ore 18,00        € 320,00

Modalità pagamento retta mensile (con scadenza il giorno 10 del mese di riferimento):

addebito S.D.D.: IBAN \_\_\_\_\_

Banca: \_\_\_\_\_

conto intestato a: \_\_\_\_\_

bonifico

contante

I sottoscritti **dichiarano** di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196).

Data \_\_\_\_\_

**N.B.** Firme leggibili di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; D.P.R. 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda nella segreteria della scuola.

In alternativa, se la domanda di iscrizione sarà consegnata da un solo genitore, lo stesso dovrà presentare la fotocopia della carta d'identità del genitore assente, che avrà provveduto a firmare in anticipo la domanda.

QUOTA ISCRIZIONE (da versare presso la segreteria della scuola all'atto dell'iscrizione): € 100,00

Per ricevuta: \_\_\_\_\_

(data e firma di chi ha ricevuto l'iscrizione)

I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola dell'infanzia nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con D. M. 07-12-2006 n. 305.