



Fondazione scuola materna "ing. E. VALVERTI"

DOMANDA DI AMMISSIONE ASILO NIDO "MAGICA...MENTE"

DATI DEL BAMBINO/A

GOGNOME E NOME: _____ M F

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

CITTADINANZA: _____

CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA: _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

DATI DEL GENITORE DI RIFERIMENTO / TUTORE

II/LA SOTTOSCRITTO/A M F

RESIDENTE IN VIA N°

CAP..... CITTÀ

CITTADINANZA.....

CODICE FISCALE Padre Madre Tutore

RECAPITI TELEFONICI:

cell.....

MAIL

Si allega copia del documento d'identità



Fondazione scuola materna "ing. E. VALVERTI"

DATI ALTRO GENITORE

II/LA SOTTOSCRITTO/A M F

RESIDENTE IN VIA N°

CAP..... CITTÀ

CITTADINANZA.....

CODICE FISCALE

RECAPITI TELEFONICI:

cell.....

MAIL

Si allega copia del documento d'identità

IL GENITORE CHIEDE:

L'ammissione del/della bambino/a nella graduatoria per l'accesso all'Asilo "Magica...Mente" preferibilmente per frequenza

Tempo pieno Part-time

Orario indicativo d'ingresso _____ Orario indicativo d'uscita _____

D I C H I A R A , inoltre,

- che presso la scuola dell'infanzia/nido Valverti sono iscritti anche i seguenti fratelli/sorelle:

1) _____

2) _____

3) _____



Fondazione scuola materna "ing. E. VALVERTI"

- di aver preso visione ed accettare senza riserva il Regolamento in vigore;
- di confermare la nota informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/'03 e di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo quanto indicato nel T.U. approvato con D.Lgs. 196/'03 .
- che (barrare una casella corrispondente ad ogni riga):

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| * il/la bambino/a è diversamente abile | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * il/la bambino/a è residente a Breno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * vi è segnalazione di disagio da parte dei servizi sociali | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * nel nucleo familiare vi è un solo un genitore ed è | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * nel nucleo familiare vi sono due genitori occupati | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * nel nucleo familiare vi sono due genitori con uno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * nel nucleo familiare vi sono due genitori non | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * risulta occupato almeno un genitore nel Comune di | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * nel nucleo familiare vi è altro figlio di età tra 0 e 3 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| * nel nucleo familiare vi è figlio di età tra 4 e 14 anni | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

la frequenza sarebbe preferibile a partire da (mese e anno) _____

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, si dichiara che le notizie fornite nella presente rispondono a verità.

Eventuali modifiche dei requisiti dichiarati vanno trasmesse per iscritto alla Segreteria.



Fondazione scuola materna "ing. E. VALVERTI"

In caso di ammissione alla frequenza, il dichiarante

SI IMPEGNA, pena nullità:

- 1) A produrre certificato del Pediatra di libera scelta attestante le avvenute vaccinazioni obbligatorie ed altre prescrizioni sanitarie richieste dalla legge per la frequenza degli Asilo Nido.
- 2) A fornire l'attestazione di versamento di cauzione equivalente a una mensilità della retta base
- 3) Al pagamento della retta relativamente alla frequenza prescelta (barrare la casella), nello specifico:
 - RETTA PER IL TEMPO PIENO (7,30-18) : QUOTA FISSA MENSILE € 460 + € 3,50 BUONO PASTO
 - RETTA PART TIME MATTINO (7,30-12,45): QUOTA FISSA MENSILE € 330 + € 3,50 BUONO PASTO
 - RETTA PART TIME POMERIGGIO (13-18): QUOTA FISSA MENSILE € 260

I pasti saranno conteggiati per gli effettivi giorni di fruizione all'interno del mese

Costo orario per eventuali ore aggiuntive 10 €

La retta dovrà essere pagata entro il giorno 5 di ogni mese.

Il pagamento potrà essere effettuato :

- con bonifico bancario sul c/c in essere presso: Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Breno intestato a: Fondazione Scuola Materna "Ing. E. Valverti" IBAN: IT93K 05696 54160 000054895X31 CAUSALE: Retta (cognome e nome) mese di _____
- con addebito diretto sul conto con mandato SEPA, compilando apposito modulo in segreteria (modalità preferibile).



Fondazione scuola materna "ing. E. VALVERTI"

Qualora il bambino venga ritirato per qualsiasi motivo il genitore si impegna al pagamento delle due rette successive alla data di comunicazione del ritiro e comunque fino alla permanenza nel servizio.

Breno, _____

(Firma genitore o di chi ne fa le veci)