



**SERVIZI E TARIFFE**

◆ Iscrizione € 50,00 ANNO EDUCATIVO: SETTEMBRE - AGOSTO

◆ Rinnovo € 50,00

◆ Chiedono la fascia di frequenza dal mese di.....al mese di.....

|  |          |               |
|--|----------|---------------|
| <input type="checkbox"/> mattina               | € 440,00 | 8.00 - 13.00  |
| <input type="checkbox"/> tempo pieno           | € 540,00 | 8.00 - 16.00  |
| <input type="checkbox"/> extra time            | € 620,00 | 8.00 - 17.00  |
| <input type="checkbox"/> 12 giorni mattina     | € 280,00 | 8.00 - 13.00  |
| <input type="checkbox"/> 12 giorni tempo pieno | € 380,00 | 8.00 - 16.00  |
| <input type="checkbox"/> 12 giorni extra time  | € 450,00 | 8.00 - 17.00  |
| <input type="checkbox"/> pomeriggio            | € 400,00 | 13.30 - 19.00 |
| <input type="checkbox"/> 12 giorni pomeriggio  | € 230,00 | 13.30 - 19.00 |

**NUMERI DI TELEFONO e E-MAIL**

Madre: cell. \_\_\_\_\_ tel. posto di lavoro \_\_\_\_\_

Padre: cell. \_\_\_\_\_ tel. posto di lavoro \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici utili: \_\_\_\_\_

E-mail mamma \_\_\_\_\_

E-mail papà \_\_\_\_\_

**DATI DEI GENITORI**

▪ **Il padre** \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
(comune di nascita)

Stato \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Cittadinanza  Italia  
 Altro \_\_\_\_\_ In Italia dal \_\_\_\_\_

C.F. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Professione \_\_\_\_\_

▪ **La madre** \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
(comune di nascita)

Stato \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Cittadinanza  Italia  
 Altro \_\_\_\_\_ In Italia dal \_\_\_\_\_

C.F. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Professione \_\_\_\_\_

**DATI DEI FRATELLI/SORELLE**

| Nome e cognome | Luogo e data di nascita |
|----------------|-------------------------|
| _____          | _____                   |
| _____          | _____                   |
| _____          | _____                   |
| _____          | _____                   |

SE FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA INDICARE LA SEDE

- Scuola Infanzia Santa Maria
- Scuola Infanzia San Rocco
- Scuola Infanzia Sant'Anna

**DELEGHE RITIRO DAL NIDO SANTA MARIA**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

del/della bambino/a \_\_\_\_\_

iscritto/a al Nido 'Infanzia Santa Maria

per l'anno educativo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**delegano** le seguenti persone a ritirare il/la proprio/a figlio/a dal Nido

quando impossibilitato a venire di persona:

**N.B. Al ritiro non può essere delegata persona minore di 18 anni.**

| <i>Nome</i> | <i>Cognome</i> | <i>Rapporto di parentela o di conoscenza</i> |
|-------------|----------------|--|
|             |                |  |
|             |                |  |
|             |                |  |
|             |                |  |
|             |                |  |
|             |                |  |

- **Si specifica che la responsabilità del nido cessa dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata.**
- **Con la presente dichiarazione si solleva il nido da ogni responsabilità civile o penale per eventuali incidenti.**

La presente delega è valida fino al successivo anno educativo

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE SANITARIA**

- Ha particolari allergie?       sì       no  
 Se sì, specificare a cosa e portare il certificato medico.

- Ha particolari intolleranze alimentari?       sì       no  
 Se sì, specificare quali e portare il certificato medico.

- Fa quotidianamente uso di qualche farmaco?  sì       no  
 Se sì, specificare meglio.

- Specificare gli alimenti che per motivi religiosi il/la bambino/a non può mangiare

**I GENITORI DICHIARANO**

- aver ricevuto l'estratto della carta dei servizi del Nido d'Infanzia e di accettarne i contenuti;
- essere a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/2003 - (UE) 2016/679 (l'informativa è presente sul sito della scuola) e dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate;
- essere consapevole delle finalità educative e formative e di condividerne l'ispirazione cattolica;
- autorizzare la partecipazione del minore alle uscite educative-didattiche;
- che i dati riportati nel presente modulo di rinnovo iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 - 47 - 75 - 76 del D.P.R 445/2000;
- essere consapevole della responsabilità penale che si assume per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio;
- di essere in regola con gli adempimenti vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.199/2017. Il mancato assolvimento comporta la decadenza dell'iscrizione

**• Documenti del minore e dei genitori da allegare alla presente iscrizione**

- carta d'identità / carta di soggiorno       libretto sanitario del minore       codice fiscale

Livigno, \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

