

Alla scuola dell'Infanzia:

- "De Gianfilippi" – Via Ippolito Nievo n. 5 – 37011 Bardolino tel. 045/7210040 –
amministrazione@degianfilippi.it
- "San Michele" Via Stazione 12 – 37011 Calmasino tel 045/6210656 –
info@asilocalmasino.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO INTEGRATO A.S. 2024-25

I sottoscritti..... Padre
(cognome e nome e codice fiscale)
..... Madre
(cognome e nome e codice fiscale) Chi esercita la
patria potestà

del/della bambino/a maschio femmina

CHIEDONO

L'iscrizione al nido integrato presso: "Scuola Infanzia De Gianfilippi" di Bardolino
per bambini da 12 a 36 mesi
 "Scuola Infanzia San Michele" di Calmasino
per bambini da 3 a 36 mesi

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DICHIARANO, sotto la propria personale responsabilità, quanto segue:

il/la bambino/a è nato/a a

il.....Codice fiscale

Cittadino/a:..... italiano altro (indicare quale cittadinanza)

Residente a (Provincia)

In Via/Piazza n. C.A.P.

Telefono cellulare (Padre).....

Cellulare (Madre)

e-mail.....

E' stato sottoposto alle vaccinazioni previste dalla normativa di legge si no

In caso di allergie/ intolleranze la relativa documentazione medica andrà consegnata alla Responsabile della Scuola dell'Infanzia all'atto dell'iscrizione

Codice Fiscale madre per dichiarazione rette annuale

Codice Fiscale padre per dichiarazione annuale

che la propria famiglia è composta da:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di Parentela	Codice fiscale
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

SITUAZIONE LAVORATIVA (barrare la casella della voce interessata)

PADRE	LAVORATORE		STUDENTE
	DIPENDENTE <input type="checkbox"/>	NON LAVORATORE <input type="checkbox"/>	SCUOLA MEDIA SUP. <input type="checkbox"/>
	AUTONOMO <input type="checkbox"/>		UNIVERSITA' <input type="checkbox"/>
ORARIO DI LAVORO LAVORATORE O STUDENTE PRESSO..... (indicare nome azienda/scuola/ente ..) con sede in: Via CITTA' TEL.			
MADRE	LAVORATRICE		STUDENTESSA
	DIPENDENTE <input type="checkbox"/>	NON LAVORATRICE <input type="checkbox"/>	SCUOLA MEDIA SUP. <input type="checkbox"/>
	AUTONOMA <input type="checkbox"/>		UNIVERSITA' <input type="checkbox"/>

ORARIO DI LAVORO

LAVORATRICE O STUDENTESSA PRESSO

(indicare nome azienda/scuola/ente ..)

con sede in:

Via CITTA'

TEL.

SI ALLEGA CERTIFICAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Si prega di voler indicare, nelle modalità sotto riportate la preferenza sull'orario di anticipo e/o posticipo di attività, per il bambino frequentante.

OPZIONE ORARIA SCELTA - (barrare la casella che interessa)		
ORARIO NORMALE <input type="checkbox"/> Dalle 08.30 alle 16.00 RETTA BASE secondo le fasce di reddito	ORARIO ANTICIPATO <input type="checkbox"/> Dalle 07.30 alle 16.00 Retta maggiorata del 10%	ORARIO ANTICIPATO <input type="checkbox"/> Dalle 08.00 alle 16.00 Retta maggiorata del 5%
ORARIO RIDOTTO <input type="checkbox"/> Dalle 08.30 alle 13.00 Retta diminuita del 30%	ORARIO RIDOTTO CON ANTICIPO <input type="checkbox"/> Dalle 08.00 alle 13.00 Retta diminuita del 25%	ORARIO RIDOTTO CON ANTICIPO <input type="checkbox"/> Dalle 07.30 alle 13.00 Retta diminuita del 20%

Altre segnalazioni particolari

Data

FIRMA

.....

Si prega indicare il codice IBAN per eventuali restituzioni di rette.

.....

Si prega allegare copia del documento di identità di entrambi i genitori, comprensivo del codice fiscale.