

Alla scuola dell'infanzia "De Gianfilippi" – Via Alighieri – Bardolino tel. 045/7210040 –
Fax 045/6228902 amministrazione@degianfilippi.it

Alla scuola dell'infanzia "San Michele" Via Stazione 12 - Calmasino tel-fax 045/6210656 -
scuolamaternasmichele@virgilio.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO INTEGRATO A.S. 2022-23

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

e-mail.....

E' stato sottoposto alle vaccinazioni previste dalla normativa di legge si in caso di allergie/
intolleranze la relativa documentazione medica andrà consegnata alla Responsabile della Scuola dell'Infanzia
all'atto dell'iscrizione

che la propria famiglia è composta da:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

CODICE IBAN PER EVENTUALI RESTITUZIONI RETTE:

.....

SITUAZIONE LAVORATIVA (barrare la casella della voce interessata)

PADRE	LAVORATORE		NON LAVORATORE	STUDENTE
	DIPENDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AUTONOMO	<input type="checkbox"/>		

ORARIO DI LAVORO

LAVORATORE O STUDENTE PRESSO

(indicare nome azienda/scuola/ente ..)

con sede in:

Via CITTA'

TEL.

MADRE	LAVORATORE		NON LAVORATORE	STUDENTE
	DIPENDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AUTONOMO	<input type="checkbox"/>		

ORARIO DI LAVORO

LAVORATORE O STUDENTE 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 Dalle 08.30 alle 16.00 RETTA BASE secondo le fasce di reddito	<input type="checkbox"/> ORARIO ANTICIPATO Dalle 07.30 alle 16.00 Retta maggiorata del 10%	<input type="checkbox"/> ORARIO ANTICIPATO Dalle 08.00 alle 16.00 Retta maggiorata del 5%
<input type="checkbox"/> ORARIO RIDOTTO Dalle 08.30 alle 13.00 Retta diminuita del 30%	<input type="checkbox"/> ORARIO RIDOTTO CON ANTICIPO Dalle 08.00 alle 13.00 Retta diminuita del 25%	<input type="checkbox"/> ORARIO RIDOTTO CON ANTICIPO Dalle 07.30 alle 13.00 Retta diminuita del 20%

Altre segnalazioni particolari

Data

FIRMA

.....