

Alla scuola dell'infanzia:

- "De Gianfilippi" – Via Ippolito Nievo n. 5 – 37011 Bardolino tel. 045/7210040 –
- "San Michele" – Via Stazione n.12 – 37011 Calmasino tel. 045/6210656 –

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO ESTATE 2025

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

del/della bambino/a maschio femmina

CHIEDONO

L'iscrizione al nido estate - MESE DI AGOSTO 2025:

- presso il nido integrato della scuola dell'infanzia "FONDAZIONE DE GIANFILIPPI" di Bardolino
- presso il nido integrato della scuola dell'infanzia "SAN MICHELE" di Calmasino

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 MadreE- 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 retta

Codice Fiscale padre per dichiarazione retta

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 DIPENDENTE <input type="checkbox"/>	NON LAVORATORE <input type="checkbox"/>	STUDENTE 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 DIPENDENTE <input type="checkbox"/>	NON LAVORATRICE <input type="checkbox"/>	STUDENTESSA 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 <input type="checkbox"/> CON ANTICIPO Dalle 08.00 alle 13.00 Retta diminuita del 25%	ORARIO RIDOTTO <input type="checkbox"/> CON ANTICIPO 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.