****

Scuola di Infanzia paritaria ai sensi della legge 62/2000 GIUSEPPE GARIBALDI

Via Garibaldi n. 4- 22072 CERMENATE – Co

scuolainfanziagaribaldi@gmail.com tel. 031.771712

**mod.a1 Domanda di iscrizione - a.s. 2025/ 2026**

*Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l’iscrizione alla Scuola dell’Infanzia*

* *\_\_\_ MICRONIDO*
* *\_\_\_ SEZIONE PRIMAVERA*
* *\_\_\_ SCUOLA MATERNA – PRIMA ISCRIZIONE*
* *\_\_\_ SCUOLA MATERNA – RICONFERMA ISCRIZIONE di:*

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DELL’ALUNNO/A** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  | Nome: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cod. Fiscale: |  | Indicare la Cittadinanza: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nato a: |  | il: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Residente a: |  | Via: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Altro: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017,  | Si |  | No |  |

con l’impegno di effettuare tutte le vaccinazioni obbligatorie previste nella durata dell’anno scolastico sopra riportato

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL PADRE** (o tutore legale) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  | Nome: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cod. Fiscale: |  | Indicare la Cittadinanza: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nato a: |  | il: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Residente a (indicare solo se diversa da quella dell’alunno/a): |  | Via: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefono: |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Altri recapiti telefonici: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE** (o tutrice legale) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  | Nome: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cod. Fiscale: |  | Indicare la Cittadinanza: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nato a: |  | il: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Residente a (indicare solo se diversa da quella dell’alunno/a): |  | Via: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefono: |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Altri recapiti telefonici: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME: |  | NATO A: |  | IL: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME: |  | NATO A: |  | IL: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME: |  | NATO A: |  | IL: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME: |  | NATO A: |  | IL: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME: |  | NATO A: |  | IL: |  |

|  |
| --- |
| **SERVIZIO PRE – POST SCUOLA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Richiesta di servizio PRE-SCUOLA: | SI |  | **dalle ore 07.30 alle ore 08.30** | NO |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Richiesta di servizio POST-SCUOLA: | SI |  | **dalle ore 15.30 alle ore 17.00** | NO |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Richiesta di servizio POST-SCUOLA: | SI |  | **dalle ore 15.30 alle ore 18.00** | NO |  |

|  |
| --- |
| **ORARIO SCOLASTICO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORARIO STANDARD | SI |  | **dalle ore 08.30 alle ore 15.30** | NO |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORARIO PART-TIME- sez. primavera-micronido | SI |  | **dalle ore 08.30 alle ore 12.30** | NO |  |

|  |
| --- |
| **CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE** |

**□** bambini provenienti dalle altre sezioni della scuola

**□** presenza di fratelli/sorelle nella scuola

**□** bambini residenti nel territorio comunale

**□** famiglie con genitore unico

**□** genitori che lavorano entrambi

 **□** nonni residenti nel territorio comunale

|  |
| --- |
| **QUOTA DI ISCRIZIONE** |

 **DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE**

Si provvede al versamento della quota d'iscrizione di € 100,00 - non rimborsabile in caso di ritiro della domanda - a mezzo bonifico bancario sul seguente IBAN: IT90M0843051151000000280004 intestato a SCUOLA DI INFANZIA GIUSEPPE GARIBALDI

**QUO**

|  |
| --- |
| **MODALITA’ DI PAGAMENTO** |

**TA DI ISCRIZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bonifico annuale | \_\_ | Soluzione unica, con bonifico bancario il 10 settembre |
| Bonifico semestrale | \_\_ | Due soluzioni, con bonifici bancari il 10 settembre e il 10 febbraio |
| Rata mensile | \_\_ | A mezzo SDD/SEPA scadenza il 10 del mese di riferimento |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’** |

|  |  |
| --- | --- |
| IL/LA SOTTOSCRITTO/A: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| IN QUALITA’ DI PADRE/MADRE/TUTORE: |  |

* Dichiara di aver ricevuto l’informativa ai sensi dell’art.13 Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
* Dichiara di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l’Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.)
* Dichiara di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia
* Autorizza la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
* Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R 445/2000.
* **Dichiara di aver ricevuto, letto e approvato in tutte le sue parti il REGOLAMENTO.**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI**  |  |

 **QUOTA DI ISCRIZIONE**

|  |
| --- |
|  **MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA CORE** |

**DA COMPILARE IN CASO DI PRIMA ISCRIZIONE O IN CASO DI VARIAZIONE DI IBAN DI APPOGGIO**

Riferimento del mandato (da indicare a cura del Creditore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;

- autorizza la Banca del Debitore a eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

**DATI RELATIVI AL DEBITORE** (campi obbligatori)

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome del Debitore |  |
| Cognome e nome del bambino |  |
| Indirizzo (Via e N° civico, cap e paese) |  |
| Telefono |  |
| Indirizzo posta elettronica |  |
| Cod. Fiscale del Debitore |  |
| Banca del Debitore |  |
| Intestazione del conto |  |
| **IBAN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DATI RELATIVI AL CREDITORE**

|  |  |
| --- | --- |
| Creditore | **SCUOLA DI INFANZIA “GIUSEPPE GARIBALDI” - CERMENATE** |
| Codice identificativo creditore | **IT720010000000652190133** |
| Indirizzo – Sede legale | Via Garibaldi n. 4 – 22072 Cermenate (Co) |
| Codice Fiscale | 00652190133 |

Il sottoscritto Debitore, con il presente mandato, autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato ADDEBITI IN VIA CONTINUATIVA relativi al pagamento delle rette di frequenza alla Scuola di Infanzia Giuseppe Garibaldi e autorizza la Banca a eseguire l’addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Cermenate, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Debitore (titolare del conto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.