

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ATTIVITA' ESTIVA NIDI D'INFANZIA ASP TERRE DI CASTELLI - GIORGIO GASPARINI

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Codice fiscale _____

E-mail _____ Tel. _____

Genitore/Tutore di (Cognome e Nome) _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Codice fiscale _____

Residente in via/piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

già iscritto/a per l'a.e. 2023/24 al nido d'infanzia _____ sez. _____

part time dalle 8,00 alle 13,15

full time dalle 8,00 alle 16,15

CHIEDE

l'iscrizione del/la bambino/a sopra indicato all'attività estiva

(è consigliabile il mantenimento dell'orario frequentato durante l'anno educativo)

part time dalle 8,00 alle 13,15

full time dalle 8,00 alle 16,15

pre-scuola dalle 07.30 alle 08.00

per i seguenti turni (non modificabili)

1° turno dal 01 al 12 luglio

2° turno dal 15 al 26 luglio

3° turno dal 29 luglio al 09 agosto

presso il nido d'infanzia

Nido Azzurro – Don Beccari e i ragazzi di Villa Emma di Castelnuovo Rangone

Nido La casa viaggiante di Montale

Nido Le Margherite di Spilamberto

Nido Arcobaleno di Castelvetro di Modena

Nido Scarabocchio di Savignano sul Panaro

Il/la bambino/a segue una dieta speciale?

SI

NO

Il/la bambino/a è in una situazione di disabilità da richiedere assistenza?

SI

NO

Il/la sottoscritto/a (**BARRARE**):

- SI IMPEGNA a rispettare/sottoscrivere il patto di corresponsabilità circa le misure organizzative, igienico-sanitarie e ai comportamenti individuali.
- SI IMPEGNA a rispettare gli orari di entrata e di uscita.

- SI IMPEGNA a pagare la retta corrispondente al modulo richiesto:
 - PART TIME turni 1-2-3: € 164,00
 - FULL TIME turni 1-2-3: € 206,00

Dichiara, inoltre,

- che la/il propria/o bambina/o è in regola rispetto all'obbligo vaccinale. ASP potrà richiedere in ogni momento la documentazione attestante questa condizione;
- di aver preso visione delle note informative sulla organizzazione del servizio;
- di essere consapevole che non ci sono riduzioni, su base reddituale, sulle tariffe sopra indicate.

- DI PRESENTARE/ AVER PRESENTATO DOMANDA PER IL BANDO ZEROSEIPLUS ANNO 2024 PER I CENTRI ESTIVI 0-3 ANNI

Chiede, infine, che la fattura relativa al servizio venga intestata a: *(se l'intestatario della fattura è diverso dal richiedente occorre apporre anche la firma dell'intestatario allegando il suo documento di identità)*

Nome e cognome _____

Residente a _____ Via _____

Codice Fiscale _____

Firma dell'intestatario fattura (se diverso dal richiedente)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci **DICHIARA** che quanto affermato nella presente domanda **corrisponde al vero** ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR 445/2000, ovvero documentabile su richiesta.

Il sottoscritto inoltre **DICHIARA** di aver effettuato le scelte indicate nel modulo in osservanza delle disposizioni del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Informativa sulla Privacy

Forniamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) n. 679/2016 le seguenti informazioni: i dati forniti verranno trattati per l'organizzazione e la gestione dei servizi scolastici ed educativi. I suoi dati personali saranno trattati con modalità cartacee e informatizzate e potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici o a privati esclusivamente nei casi previsti da leggi e regolamenti; potranno essere diffusi esclusivamente i dati previsti dalla normativa e rigorosamente nei casi ivi indicati. Le ricordiamo infine che, in qualunque momento, nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Per esercitare i suoi diritti può contare il Titolare del trattamento dati: l'ASP Terre di Castelli – Giorgio Gasparini ai seguenti recapiti: tel. 059/7705270 fax 059/7705200 mail: pec: aspvignola@pec.it. Informiamo inoltre che l'ASP Terre di Castelli – Giorgio Gasparini ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la società Lepida S.p.a., mail: dpo-team@lepida.it.

Data _____

Firma

_____ (consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale)