

--	--	--	--



via Longo, 24
 37066 Sommacampagna, (Vr)
 Tel 045-510752
 Mail: terre@linfanzia.it

DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2022 – 2023

(SCRIVERE IN STAMPATO MAIUSCOLO)

I sottoscritti (Cognome e nome)

Padre COGNOME _____ NOME _____

Madre COGNOME _____ NOME _____

Del bambino/a COGNOME _____ NOME _____

nato/a _____ il _____ F M

CODICE FISCALE DEL BAMBINO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazionalità _____ **Residente** **Non Residente** Comune di _____

Frazione _____ via _____ n° _____ CAP _____

telefono/cell Mamma _____ telefono/cell Papà _____

telefono Casa _____ Email (obbligatoria) _____

CHIEDONO l'ammissione del bambino/a al CENTRO INFANZIA "TERRE D'INFANZIA"
 per l'anno educativo 2022 – 2023 e per il seguente orario:

<input type="checkbox"/> Classico	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.15
	Uscita	dalle ore 15.30 alle ore 16.00
<input type="checkbox"/> Ridotto mattino	Accoglienza	dalle ore 7.30 alle ore 9.15
	Uscita	dalle ore 12.40 alle ore 13.00
<input type="checkbox"/> Altre tipologie di orario		3 gg orario 9:15-11:15 <input type="checkbox"/>
		3 gg orario 10:00-13:00 <input type="checkbox"/>
		3 gg orario 7:30-13:00 <input type="checkbox"/>
		3 gg orario 7.30-16:00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prolungato:	Uscita	entro le ore 16.30 <input type="checkbox"/>
		entro le ore 17.30 <input type="checkbox"/>

Ai fini della compilazione della graduatoria, secondo i criteri previsti dal Regolamento, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA

che la propria famiglia CONVIVENTE è composta da (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

PADRE _____ nato a _____ il _____	
Residente a _____ (indicare solo se diversa da quella del bambino)	
Professione _____	
Ditta presso la quale lavora _____ sede _____	
Orario e tipologia di lavoro	tempo pieno Part-time - n. ore settimanali _____ Turnista Laureato specializzando specificare se part/time e numero ore o tempo pieno _____ disoccupato/ iscritta al Centro per l'Impiego/ mobilità/ cassa integrazione altro (specificare) _____
MADRE _____ nata a _____ il _____	
Residente a _____ (indicare solo se diversa da quella del bambino)	
Professione _____	
Ditta presso la quale lavora _____ sede _____	
Orario e tipologia di lavoro	tempo pieno Part-time - n. ore settimanali _____ Turnista Laureata specializzanda specificare se part/time e numero ore o tempo pieno _____ disoccupata/ iscritta al Centro per l'Impiego/ mobilità/ cassa integrazione altro (specificare) _____
FRATELLI	
Cognome e nome	_____ nato/a _____ il _____
Cognome e nome	_____ nato/a _____ il _____
Cognome e nome	_____ nato/a _____ il _____

Ai fini della compilazione della graduatoria, secondo i criteri previsti dal Regolamento, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA

- 1- disabilità psico-fisica del minore certificata ai sensi della L. 104/92 sì no
- 2 - presenza nel nucleo familiare di altri soggetti in età prescolare al momento della data presunta di inserimento al nido del minore per il quale si presenta la domanda sì no
- 4- il bambino per cui si presenta domanda di ammissione all'asilo nido è gemello sì no
- 5- il minore per cui si presenta domanda di ammissione è fratello di un altro bimbo frequentante il Centro Infanzia nello stesso anno educativo per cui la famiglia presenta la domanda sì no
- 6- genitori dipendenti presso una ditta convenzionata con il Centro Infanzia sì no
- 7- altre segnalazioni che la famiglia ritenga opportuno evidenziare al fine dell'inserimento al nido
-
-

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

- al momento della conferma dell'ammissione al nido verrà richiesto il versamento di una **quota di iscrizione pari ad € 110,00** oltre ad una **retta anticipata** nei tempi e modi comunicati dalla coordinatrice.

DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento sul sito della cooperativa e di essere a conoscenza dei suoi contenuti
- di aver ricevuto l'allegato A-Rette di frequenza e di essere a conoscenza delle modalità di pagamento
- di aver ricevuto "Informativa sulle modalità di pagamento"

La presente domanda deve essere inviata **entro il 18 giugno alle ore 12.00** tramite posta elettronica a: terre@linfanzia.it con documentazione completa. Ulteriori domande pervenute oltre il limite di presentazione, verranno comunque valutate in base ai posti disponibili.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- eventuale certificazione ai sensi della L.104/92 della disabilità psicofisica del bambino
- copia **codice fiscale** del bambino e di entrambi i genitori
- modulo dichiarazione - **misure straordinarie per il recupero delle coperture vaccinali**

I sottoscritti _____ in
qualità di _____ del/la bambino/a _____
dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del **Regolamento UE 2016/679** al seguente link:
<http://www.linfanzia.it/privacy-policy/> e di porre il consenso al trattamento dei dati propri e del minore.

DATA _____

FIRMA EDITABILE DI ENTRAMBI I GENITORI
(valida come autografa)
