



Asilo Nido EUROSPIN
 Via Campalto, 11/A
 S. Martino Buon Albergo 37036 (Vr)
 tel. 045 - 992724
[email: europsin@linfanzia.it](mailto:europsin@linfanzia.it)

--	--	--	--

DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO EDUCATIVO 2024 – 2025

(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 a _____ via _____ n° _____ CAP _____

telefono/cell Mamma _____ telefono/cell Papà _____

telefono Casa _____ Email (obbligatoria) _____

CHIEDONO l'ammissione del bambino/a all'asilo nido "EUROSPIN" per il seguente orario:

<input type="checkbox"/> Classico	Accoglienza	dalle ore 7.45 alle ore 9.00
	Uscita	dalle ore 15.30 alle ore 16.00
<input type="checkbox"/> Ridotto mattino	Accoglienza	dalle ore 7.45 alle ore 9.00
	Uscita	dalle ore 12.30 alle ore 13.15
<input type="checkbox"/> Prolungato:	Accoglienza	dalle ore 7.45 alle ore 9.00
	Uscita	entro le ore 18.15

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 _____ (specificare solo se diverso da quello del bambino/a)

DIPENDENTE

EUROSPIN SPESA INTELLIGENTE EUROSPIN NEWBUSINESS

Orario di lavoro

tempo pieno

Part-time - n. ore settimanali _____

altro (specificare) _____

MADRE _____ nata a _____ il _____
Residente a _____ (specificare solo se diverso da quello del bambino/a)
DIPENDENTE
EUROSPIN <input type="checkbox"/> SPESA INTELLIGENTE <input type="checkbox"/> EUROSPIN NEWBUSINESS <input type="checkbox"/>
Orario di lavoro
<input type="checkbox"/> tempo pieno
<input type="checkbox"/> Part-time - n. ore settimanali _____
<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

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 famiglia presenta le seguenti caratteristiche:

- disabilità psico-fisica del minore certificata ai sensi della L. 104/92 sì no
- il bambino per cui si presenta domanda di ammissione all'asilo nido è gemello sì no
- il minore per cui si presenta domanda di ammissione è fratello di un altro bimbo frequentante il nido nello stesso anno educativo per cui la famiglia presenta la domanda sì no
- 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 € 150,00.**

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

La presente domanda deve essere consegnata presso il nido su appuntamento o inviata tramite posta elettronica a europsin@linfanzia.it entro il **16 febbraio 2024 alle ore 13:00** con documentazione richiesta completa.

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

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 DI ENTRAMBI I GENITORI
