



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 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 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 l'anno educativo 2022 – 2023 e 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"/> Ridotto pomeriggio | dalle 13.15 alle 18.15 | |
| <input type="checkbox"/> Prolungato: | Accoglienza | dalle ore 7.45 alle ore 9.00 |
| | Uscita | entro le ore 18.15 |
| <input type="checkbox"/> ANTICIPO (con almeno 3 richieste) | dalle ore 7.30 alle ore 7.45 | |

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)

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

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
- di aver ricevuto "Informativa sulle modalità di pagamento"

ALLEGA ALLA PRESENTE:

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

DICHIARANO che la retta dell'asilo nido è sostenuta dal genitore:

COGNOME E NOME _____ 50% 100%

COGNOME E NOME _____ 50% 100%

Tale dato sarà utilizzato secondo il Decreto del MEF in base ai quali si prevede la trasmissione obbligatoria all'Agenzia delle Entrate "dei dati relativi alle spese sostenute nell'anno precedente dai genitori, con riferimento a ciascun figlio iscritto all'asilo nido, per il pagamento di rette relative alla frequenza dell'asilo nido e di rette per i servizi formativi infantili (sezioni primavera)" ai fini della predisposizione del 730 precompilato.

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)**

