

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'INFANZIA
MARIA CRISTINA CELLA MOCELLIN**

Il/La sottoscritto/a

* campi obbligatori

(dati del genitore/tutore che effettuerà il bonifico e a cui saranno intestate le fatture)

Cognome *			
Nome *			
Nato/a a *		Prov. *	
II *			
Codice fiscale *			
Cittadinanza *			
Sesso *	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Residente a *		Prov. *	
Via/piazza *		n.	
Telefono casa			
Cellulare *			
Indirizzo e-mail *			

Identificato da: *

<input type="checkbox"/> Carta d'identità	<input type="checkbox"/> passaporto	<input type="checkbox"/> patente
---	-------------------------------------	----------------------------------

Documento n. *		
Rilasciato da *		
II *		(gg/mm/aaaa)
Valido fino al *		(gg/mm/aaaa)

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.31

e-mail: centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it
pec: amministrazione.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

In qualità di genitore/tutore del minore (dati del minore)

Cognome *			
Nome *			
Nato/a a *		Prov. *	
Il *	(gg/mm/aaaa)		
Codice fiscale *			
Cittadinanza *			
Sesso *	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Residente a *		Prov. *	
Via/piazza *		n.	

CONSAPEVOLE

che l'accesso al servizio è subordinato al rispetto della normativa relativa all'obbligo vaccinale (D.L. n. 73/2017 e ss.mm.ii)

CHIEDE

Che il figlio/a sia ammesso/a a frequentare i servizi offerti dal Centro per l'infanzia Maria Cristina Cella Mocellin

Consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le mendaci dichiarazioni, le false attestazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi che, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA che, in base alla propria situazione familiare:

il minore è figlio riconosciuto da un solo genitore o orfano;	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
il minore ha una disabilità certificata dall'autorità sanitaria competente (<i>allegare pdf del certificato</i>)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.31

e-mail: centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it

pec: amministrazione.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

Dati altro genitore

Cognome *			
Nome *			
Nato/a a *		Prov. *	
II *			
Codice fiscale *			
Cittadinanza *			
Sesso *	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Residente a *		Prov. *	
Via/piazza *		n.	
Cellulare *			
Indirizzo e-mail *			

Identificato da: *

<input type="checkbox"/> Carta d'identità	<input type="checkbox"/> passaporto	<input type="checkbox"/> patente
---	-------------------------------------	----------------------------------

Documento n. *		
Rilasciato da *		
II *		(gg/mm/aaaa)
Valido fino al *		(gg/mm/aaaa)

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"
Sede legale: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.31

e-mail: centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it
pec: amministrazione.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

Dati accompagnatore (se diverso dai genitori)

Cognome *			
Nome *			
Nato/a a *		Prov. *	
II *			
Codice fiscale *			
Cittadinanza *			
Sesso *	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Residente a *		Prov. *	
Via/piazza *		n.	
Cellulare *			
Indirizzo e-mail *			

Identificato da: *

<input type="checkbox"/> Carta d'identità	<input type="checkbox"/> passaporto	<input type="checkbox"/> patente
---	-------------------------------------	----------------------------------

Documento n. *		
Rilasciato da *		
II *		(gg/mm/aaaa)
Valido fino al *		(gg/mm/aaaa)

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"
Sede legale: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.31

e-mail: centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it
pec: amministrazione.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

SELEZIONARE IL LABORATORIO A CUI CI SI VUOLE ISCRIVERE:

<input type="checkbox"/>	Yoga fascia di età 0-12 mesi ore 16:30-17:15
<input type="checkbox"/>	Yoga fascia di età 3-6 anni ore 17:30-18:15
<input type="checkbox"/>	Psicomotricità fascia di età 12-24 mesi ore 16:30-17:15
<input type="checkbox"/>	Psicomotricità fascia di età 24-36 mesi ore 17:30-18:15
<input type="checkbox"/>	Musica fascia di età 12-36 mesi ore 16:30-17:15
<input type="checkbox"/>	Musica fascia di età 3-6 anni ore 17:30-18:15

COME SIETE VENUTI A CONOSCENZA DEI LABORATORI?

<input type="checkbox"/>	Comunicazione via mail da
<input type="checkbox"/>	volantini
<input type="checkbox"/>	Passa parola
<input type="checkbox"/>	Altro

**FREQUENTATE UN SERVIZIO PER L'INFANZIA SUL TERRITORIO SU
CINISELLO BALSAMO?**

<input type="checkbox"/>	Sì
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Se sì, quale?

**DESIDERATE RIMANERE AGGIORNATI E RICEVERE INFORMAZIONI E
PROPOSTE DI "INSIEME PER IL SOCIALE"**

<input type="checkbox"/>	Sì
<input type="checkbox"/>	No

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.31

e-mail: centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it

pec: amministrazione.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'Informativa allegata ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e di esprimere il consenso al trattamento dei dati dell'utente.

ALLEGA

<input type="checkbox"/>	Attestazione di pagamento quota iscrizione
<input type="checkbox"/>	Documento di riconoscimento valido del dichiarante
<input type="checkbox"/>	Documento di riconoscimento valido dell'altro genitore
<input type="checkbox"/>	Documento di riconoscimento valido dell'accompagnatore al Centro
<input type="checkbox"/>	Certificazione medica disabilità

Lì, _____

Data _____

Firma di entrambi i genitori/tutori

Ai sensi del D. Lgs. 101 del 10/08/2018, si informa che i dati forniti all'Azienda IPIS saranno utilizzati, conservati e trattati, per i fini istituzionali del servizio; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti; il dichiarante può esercitare il diritto di modifica, aggiornamento e cancellazione dei dati; titolare del trattamento dei dati è l'ASC Insieme per il Sociale.

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.31

e-mail: centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it

pec: amministrazione.ipis@messaggipec.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531