

**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. *	
Il *			
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 *		
Il *		(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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 giovedì fascia di età 0-12 mesi ore 16:30-17:15
<input type="checkbox"/>	Yoga giovedì fascia di età 3-6 anni ore 17:30-18:15
<input type="checkbox"/>	Psicomotricità mercoledì fascia di età 12-24 mesi ore 16:30-17:15
<input type="checkbox"/>	Psicomotricità mercoledì fascia di età 24-36 anni ore 17:30-18:15
<input type="checkbox"/>	Musica martedì fascia di età 3-18 mesi ore 16:30-17:15
<input type="checkbox"/>	Musica martedì fascia di età 18-36 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"/>	Avete già frequentato il centro
<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  
TRAMITE NEWSLETTER 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](mailto:centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it)

**pec:** amministrazione.ipis@messaggipec.it

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

### **DICHIARA INFINE**

di aver preso visione e di accettare il regolamento del servizio

### **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
<input type="checkbox"/>	Liberatoria foto e video
<input type="checkbox"/>	Ultima pagina dell'informativa del trattamento dei dati personali
<input type="checkbox"/>	Certificato medico obbligatorio per i corsi di yoga e psicomotricità

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](mailto:centro.mariacristina@insiemeperilsociale.it)

**pec:** amministrazione.ipis@messaggipec.it

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