**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 \*  | * M
* F
 |
| Residente a \* |  | Prov. \* |  |
| Via/piazza \*  |  | n. |  |
| Telefono casa |  |
| Cellulare \* |  |
| Indirizzo e-mail \*  |  |

Identificato da: \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Carta d’identità
 | * passaporto
 | * patente
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento n. \* |  |
| Rilasciato da \* |  |
| Il \* |  | (gg/mm/aaaa) |
| Valido fino al \*  |  | (gg/mm/aaaa) |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome \* |  |
| Nome \* |  |
| Nato/a a \* |  | Prov. \* |  |
| Il \* |  | (gg/mm/aaaa) |
| Codice fiscale \* |  |
| Cittadinanza \*  |  |
| Sesso \*  | * M
* 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 in regola con l’obbligo vaccinale | * SI
 | * NO
 |
| il minore è figlio riconosciuto da un solo genitore o orfano; | * SI
 | * NO
 |
| il minore ha una disabilità certificata dall'autorità sanitaria competente *(allegare pdf del certificato)* | * SI
 | * NO
 |

Dati altro genitore

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome \* |  |
| Nome \* |  |
| Nato/a a \* |  | Prov. \* |  |
| Il \* |  |
| Codice fiscale \* |  |
| Cittadinanza \*  |  |
| Sesso \*  | * M
* F
 |
| Residente a \* |  | Prov. \* |  |
| Via/piazza \*  |  | n. |  |
| Cellulare \* |  |
| Indirizzo e-mail \*  |  |

Identificato da: \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Carta d’identità
 | * passaporto
 | * patente
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento n. \* |  |
| Rilasciato da \* |  |
| Il \* |  | (gg/mm/aaaa) |
| Valido fino al \*  |  | (gg/mm/aaaa) |

Dati accompagnatore (se diverso dai genitori)

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome \* |  |
| Nome \* |  |
| Nato/a a \* |  | Prov. \* |  |
| Il \* |  |
| Codice fiscale \* |  |
| Cittadinanza \*  |  |
| Sesso \*  | * M
* F
 |
| Residente a \* |  | Prov. \* |  |
| Via/piazza \*  |  | n. |  |
| Cellulare \* |  |
| Indirizzo e-mail \*  |  |

Identificato da: \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Carta d’identità
 | * passaporto
 | * patente
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Documento n. \* |  |
| Rilasciato da \* |  |
| Il \* |  | (gg/mm/aaaa) |
| Valido fino al \*  |  | (gg/mm/aaaa) |

# SELEZIONARE IL SERVIZIO A CUI CI SI VUOLE ISCRIVERE:

|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Gioco…ma non solo fascia di età 14-36 mesi mono settimanale martedì |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Gioco…ma non solo fascia di età 14-36 mesi mono settimanale venerdì |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Gioco…ma non solo fascia di età 14-36 mesi bisettimanale martedì e venerdì |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Verso l’autonomia lunedì e giovedì |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente |  Due chiacchiere e un caffè fascia di età 0-13 mesi mercoledì |

# COME SIETE VENUTI A CONOSCENZA DEI LABORATORI?

|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Comunicazione via mail da ……………………………….. |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Volantini |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Passa parola |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Avete già frequentato il centro |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente |  Altro …………………………………… |

# DESIDERATE RIMANERE AGGIORNATI E RICEVERE INFORMAZIONI TRAMITE NEWSLETTER DI “INSIEME PER IL SOCIALE”?

|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Sì |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | No |

# DICHIARA INFINE

* di aver preso visione e di accettare il regolamento del servizio

# ALLEGA

|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Attestazione di pagamento quota iscrizione |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Documento di riconoscimento valido del dichiarante |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Documento di riconoscimento valido dell'altro genitore |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Documento di riconoscimento valido dell’accompagnatore al Centro |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Libretto vaccinale |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Certificazione medica disabilità |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Liberatoria foto e video |
| Immagine che contiene piazza  Descrizione generata automaticamente | Ultima pagina dell’informativa del trattamento dei dati personali |

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.*