Fondazione Figlie di Maria

Nido Infanzia (dai 12 ai 36 mesi)

DOMANDA DI ISCRIZIONE

A. S. 20…/20…

\_ l \_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome\* nome\*

nat\_\_ il \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comune o stato estero\* prov.\* cittadinanza\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sesso \* o NNCodice Fiscale \*

ResidenzaR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo comune prov. c.a.p.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono cellulare e.mail

Domicilio(se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

indirizzo comune prov.

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c.a.p. telefono cellulare

**Titolo di studio:**

|  |
| --- |
| nessun titolo licenza elementare licenza media  diploma formazione professionale diploma scuola superiore laurea |

**Professione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Madre Padre Affidatario Tutore

**CHIEDE**

l’iscrizione dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell'alunn \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome \* nome \*

nat\_\_ il \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data comune o stato estero \* prov.\* cittadinanza \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sesso\*o Codice Fiscale\*

Residenza \*R\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo comune prov. c.a.p.

Domicilio(se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

indirizzo comune **prov c.a.p.**

È stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie \* SI NO

**Dati secondo genitore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome\* nome\*

nat\_\_ il \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comune o stato estero \* prov.\* cittadinanza\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sesso \* o Codice Fiscale \*

|  |
| --- |
| nessun titolo licenza elementare licenza media  diploma formazione professionale diploma scuola superiore laurea |

**Titolo di studio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Altri componenti il nucleo familiare (rispetto all'alunno/a) | | |
| (Cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (parentela) |
| (Cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (parentela) |
| (Cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (parentela) |
| (Cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (parentela) |
| (Cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (parentela) |

**Professione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di aver ricevuto l’informativa di cui al Regolamento Ue 2016/679 e all’art. 13 del Dlgs n. 196/2003 modificato dal Dlgs 10 agosto 2018,ed esprime il consenso alla comunicazione a privati e/o enti pubblici, anche per via telematica, dei propri dati personali e/o dei dati personali relativi al\_\_\_ propri\_\_ figli\_\_ diversi da quelli sensibili o giudiziari (il nome, il cognome, il luogo e la data di nascita, l’indirizzo etc.), in relazione alle finalità istituzionali o ad attività ad esse strumentali ed

**autorizza**

la Fondazione ad utilizzare eventuali elaborati e a effettuare fotografie e filmati video del\_\_ propri\_ figli\_ durante l’attività scolastica ad uso pedagogico e didattico al fine della documentazione delle varie attività (DLgs del 30 Giugno 2003 n°196 modificato dal dlgs 10 agosto 2018 *Codice in materia di protezione dei dati personali*” - art. 18).e dal regolamento Ue 2016/679 “.

Sassari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445 (Testo unico sulle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole della responsabilità penale di cui l'art. 76 del citato D.P.R. n° 445/2000 per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, il sottoscritto AUTOCERTIFICA tutti i dati dichiarati nel presente modulo.

Sassari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da sottoscrivere al momento presentazione della

domanda davanti all 'incaricato al ritiro )

|  |  |
| --- | --- |
| ***Modello regime alimentare seguito dal minore***  \_ l \_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  comunica che l\_\_ stess\_\_ minore deve osservare il seguente regime alimentare:   |  | | --- | |  |   Sassari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



**DICHIARA INOLTRE**

1. **Di prendere visione del regolamento interno;**
2. **Di aderire al patto di corresponsabilità tra Famiglia e scuola;**
3. **Di aver compreso e accettato che l'importo della retta è da intendersi annuale, uguale per tutti i dieci mesi riferiti all'anno scolastico di riferimento e comprensiva della quota una tantum di iscrizione da versare nel mese di settembre con la prima rata;**
4. **Di aver compreso e accettato che la retta non è soggetta a variazioni e sconti tranne nei casi già individuati e previsti,**
5. **Di riconoscere il debito contratto con la sottoscrizione del presente modulo e di impegnarsi al pagamento della retta mensile/annuale pattuita,dichiarata e certificata;**
6. **Di impegnarsi al pagamento della quota di iscrizione consapevole che la stessa non sarà rimborsabile in caso di trasferimento o iscrizione dell'alunno presso altro Istituto;**
7. **Di aver compreso e accettato che la retta mensile/annuale non è soggetta a sconti per assenze dell'alunno fino a 30gg eccezion fatta per malattie debitamente certificate superiori ai 30gg dalle quali verrà scomputata solo la quota mensa;**

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il versamento dovrà essere effettuato obbligatoriamente a mezzo bonifico bancario sull'Iban : IT41T010151720100000001307 intestato a Fondazione Figlie di Maria

Causale : Cognome e Nome del Bambino