Amministrazione destinataria

Comune di Bresso

Ufficio destinatario

Ufficio Istruzione

Domanda di iscrizione al servizio di pre e post scuola per la scuola primaria

anno scolastico ***/***

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di

- ○ genitore
- ○ tutore
- ○ altro

Specificare

del bambino/a

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **SNC** ☐ | **CAP**

scuola

Scuola | **Classe** | **Sezione**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

dieta speciale

- ◯ dieta speciale sanitaria
  pertanto allega prescrizione medica relativa alle intolleranze/allergie/patologie
- ◯ dieta speciale etico-religiosa
  Indicazione degli elementi da non somministrare (es. maiale, manzo, pollo, dieta vegana, dieta vegetariana ecc.)
- ◯ nessuna dieta particolare

necessita di educatore di sostegno

- ◯ si
- ◯ no

☐ si ricorda che l'accettazione della domanda è vincolata all'assolvimento di tutti i pagamenti relativi ai servizi scolastici e agli asili nido

CHIEDE

l'iscrizione per l'anno scolastico in corso al seguente servizio

- ◯ pre scuola (7:30 - 8:20)
- ◯ post scuola (16:30 - 18:00)
- ◯ entrambi (7:30 - 8:20 / 16:30 - 18:00)

scelta del pagamento mensile

- ◯ pagoPA
- ◯ addebito bancario SEPA su c/c IBAN

IBAN **Nome banca**

☐ pertanto il sottoscritto debitore autorizza il creditore a disporre addebiti in via continuativa sul conto corrente sopraindicato

intestatario del pagamento (*)

Cognome **Nome** **Codice Fiscale**

Data di nascita **Sesso** **Luogo di nascita** **Cittadinanza**

Residenza

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

Numero di telefono **Indirizzo mail**

(*) Intestatario deve essere lo stesso soggetto che intende richiedere le eventuali agevolazioni fiscali/aziendali

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☐ di essere a conoscenza che i servizi scolastici comunali sono a pagamento e che in caso di mancato pagamento della tariffa, il Comune procederà al recupero coattivo del credito
- ☐ che qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell'iscrizione e l'eventuale rinuncia al servizio richiesto dovranno essere comunicati al Comune
- ☐ di aver preso visione della scheda informativa
- ☐ di essere a conoscenza che le tariffe ed eventuali inserimenti di penali potranno essere ridefinite in sede di approvazione del Nuovo Regolamento
- ☐ di essere consapevole che la conferma o meno del posto verrà comunicata dall'ufficio
- ☐ di assumersi la responsabilità, sollevando la Ditta ed il Comune, di consumare la merenda, solo non deperibile e non fruita durante l'orario di frequenza del servizio, dopo l'uscita dallo stesso

- ○ che entrambi i genitori sono a conoscenza dell'iscrizione al servizio e del nominativo indicato come intestatario del pagamento
- ○ di essere una famiglia monoparentale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ prescrizione medica relativa alle intolleranze o allergie o patologie
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Bresso		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**