

PRIMA ISCRIZIONE AL MICRO NIDO-Anno Scol. 2026-2027

I sottoscritt _____ padre madre tutore
del bambino _____

CHIEDE

che il proprio figlio/a venga iscritto al MICRO NIDO presso l'Asilo Infantile "A. RONCHI" di Zocca

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nat__ a _____ (Prov. _____) il _____ .
Cittadino: <input type="checkbox"/> Italiano; <input type="checkbox"/> altro (indicare quale) _____
Residente a _____ (Prov. _____) in Via _____ n. _____
Indicare domicilio se differente da residenza: _____ _____

Recapiti:	Telefono Cellulare	Telefono Lavoro	E-mail:
<u>Madre</u>			
<u>Padre</u>			

1) La famiglia dell'alunn__ è composta da:

PADRE: Cognome _____ Nome _____ Cittadinanza: _____
Nato a _____ Il _____ C.F. _____
Informazioni facoltative: Titolo studio _____ Professione _____
Se lavora presso il comune di Zocca indicare luogo di lavoro: _____

MADRE: Cognome _____ Nome _____ Cittadinanza: _____
Nato a _____ Il _____ C.F. _____
Informazioni facoltative: Titolo studio _____ Professione _____
Se lavora presso il comune di Zocca indicare luogo di lavoro: _____

È stato/a sottoposta alle vaccinazioni obbligatorie Si No

I sottoscritti dichiarano di conoscere e accettare il Progetto educativo e il Regolamento ove sono descritte le norme del funzionamento e di frequenza.

- ❖ I sottoscritti autorizzano il/la proprio/a figlio/a a partecipare ad uscite a piedi finalizzate allo svolgimento di attività didattiche.
- ❖ I sottoscritti acconsentono all'uso di fotografie del/la proprio/a figlio/a per mostre e/o manifestazioni all'interno e all'esterno della scuola, per documentare attività scolastiche, gite e rappresentazioni.
- ❖ I sottoscritti dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti dell'Art.13, Regolamento UE 679/16, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per i fini istituzionali come da informative allegate.
- ❖ La presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo del Micro Nido salvo diversa comunicazione scritta successiva da parte nostra.

FIRMA (padre)

FIRMA (madre)

.....
Firma di autocertificazione
(Leggi 15/1998, 127/1997, 131/1998).

.....
Firma di autocertificazione
(Leggi 15/1998, 127/1997, 131/1998).

* * *

SCELTA DEL TIPO DI FREQUENZA

Il sottoscritto, per favorire una migliore organizzazione del Micro Nido

COMUNICA

per il/la proprio/a figlio/a frequenterà il Micro Nido secondo il seguente orario:

08.30-16.30 Intera Giornata	<input type="checkbox"/>
08.30-13.00 Part-time con mensa	<input type="checkbox"/>
08.30-11.30 Part-time senza mensa	<input type="checkbox"/>
Servizi aggiuntivi (compresi nel prezzo):	
Segnare comunque a quale servizio siete interessati:	
07.30-08.30 Prescuola	<input type="checkbox"/>
16.30 - 17.30 Postscuola	<input type="checkbox"/>

* * *

QUESTIONARIO PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI ACCESSO AL MICRO NIDO

Al fine dell'applicazione del Regolamento per la formazione delle Graduatorie dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:

ART. 3 - COMMA 2 – SITUAZIONE FAMILIARE:

- a) In famiglia è presente un solo genitore;
- b1) il padre è impegnato nel lavoro a tempo pieno;
- b2) la madre è impegnata nel lavoro a tempo pieno;
- c1) il padre è impegnato nel lavoro a part-time;
- c2) la madre è impegnata nel lavoro a part-time;
- d) il bambino iscritto ha n. ____ fratelli frequentanti l'Asilo "A. Ronchi";
- e) il bambino iscritto ha n. ____ fratelli di età inferiore a 6 anni;
- f) il bambino iscritto ha n. ____ fratelli da 6 a 17 anni;
- g) nella famiglia del bambino iscritto c'è un componente invalido al 100% che necessita di continua assistenza (da accompagnare con adeguata certificazione);

ART. 3 - COMMA 3 - RETE FAMILIARE (nonni):

- Il NONNO PATERNO _____ nato il _____ deceduto
è residente a _____ e lavora presso la ditta _____ di _____
- La NONNA PATERNA _____ nata il _____ deceduta
è residente a _____ e lavora presso la ditta _____ di _____
- Il NONNO MATERNO _____ nato il _____ deceduto
è residente a _____ e lavora presso la ditta _____ di _____
- La NONNA MATERNA _____ nata il _____ deceduta
è residente a _____ e lavora presso la ditta _____ di _____

ART. 3 - COMMA 4 - SITUAZIONE DI DISAGIO

L'eventuale presenza di una situazione familiare di accertato disagio va segnalata e documentata in modo riservato al responsabile dell'Asilo.

* * *

EVENTUALI ULTERIORI NOTIZIE DELLA FAMIGLIA ALLA SCUOLA:

* * *

INTESTATARIO DELLA RICEVUTA RILASCIATA DA ASILO RONCHI:

Ai sensi del Decreto 30/01/2018 del Ministero delle Finanze gli asili nido pubblici e privati e gli altri soggetti a cui sono versate le rette di frequenza, comunicano annualmente all'Anagrafe tributaria, con riferimento a ciascun iscritto, i dati relativi alle spese per la frequenza sostenute nell'anno precedente dai genitori.

L'Asilo Ronchi quindi, per effettuare questa comunicazione ha bisogno di sapere dalla famiglia a chi intestare le ricevute:

- Madre Padre
 Ripartito 50% tra Madre e Padre
 Terzo soggetto: _____ (nel caso indicare il codice fiscale).

Il soggetto intestatario dovrà essere anche l'intestatario del conto corrente bancario con cui viene effettuato il bonifico della retta.

Da compilare da parte di **Asilo Ronchi** data di ricezione della domanda: _____