



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (se **SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se **SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECCELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECCELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____



RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE/POST SCUOLA A.S. 2025/2026
SCUOLA PRIMARIA "A. MANZONI" DI POZZUOLO M. NA
SCUOLA PRIMARIA "A. NEGRI" DI TRECELLA

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

DA PRESENTARE DAL 5 MAGGIO AL 30 GIUGNO 2025

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. Cellulare _____ Email _____

in qualità di genitore /tutore dell'alunno

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ (Pv. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ :::

che frequenterà **nell'anno scolastico 2025/2026** la Scuola Primaria:

"A. MANZONI" DI POZZUOLO M.NA (CL. ____)

"A.NEGRI" DI TRECELLA (CL. ____)

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL SERVIZIO

SERVIZIO PRE SCUOLA (dalle ore 07.30 alle ore 08.30)

SERVIZIO POST SCUOLA (dalle ore 16.30 alle ore 17.30)

DICHIARA

ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci

- **CERTIFICAZIONE HANDICAP:** che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (**se SI**, l'accettazione della domanda è subordinata al parere positivo espresso dall'Assistente Sociale) **SI** **NO**
- **UTILIZZO DI FARMACI SALVA VITA:** che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (**se SI** allegare idonea documentazione medica) **SI** **NO**
- di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni.
- di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale
- di allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003(Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____