



Comune di Pozzuolo Martesana

Città Metropolitana di Milano

Via Martiri della Liberazione n. 11

- 20060 Pozzuolo Martesana

Tel. 02/950908227

scuola.pozzuolomartesana@unioneaddamartesana.it

**RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO PRE E POST SCUOLA A.S. 2026/2027**

**SCUOLA DELL'INFANZIA "G. RODARI" DI POZZUOLO M. NA**

**SCUOLA DELL'INFANZIA "DON MILANI" DI TRECCELLA**

Inviare esclusivamente in **modalità telematica** (allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore) all'indirizzo mail: [comune.pozzuolomartesana.mi@legalmail.it](mailto:comune.pozzuolomartesana.mi@legalmail.it)

**DA PRESENTARE DAL 1 GIUGNO AL 17 LUGLIO 2026**

Cognome e nome (*del genitore/tutore*) \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ (Pv. \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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 2026/2027** la scuola dell'Infanzia:

"G. RODARI" DI POZZUOLO M.NA (SEZ. \_\_\_\_ )       "DON MILANI" DI TRECCELLA (SEZ. \_\_\_\_\_)

**CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO/A AI SEGUENTI SERVIZI** (barrare la/le casella/e di interesse):

**SERVIZIO PRE SCUOLA** (dalle ore 07.30 alle ore 08.00)

**SERVIZIO POST SCUOLA** (dalle ore 16.00 alle ore 17.00)

**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  **SI**  **NO**

*In presenza di minori certificati si invitano i genitori a prendere contatti con l'ufficio servizi sociali al fine di condividere l'opportunità di attivare, se utile e necessario, un supporto educativo volto a favorire la migliore ed idonea partecipazione del minore alle attività proposte durante il periodo di frequenza.*

- **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 \_\_\_\_\_