**Sede prescelta:**  **Capo di Ponte**  **Losine**

**DATI DEL BAMBINO/A (INTESTATARIO DELLA FATTURA)**

**COGNOME E NOME BAMBINO/A ………………..**..……………………………….…………………………  **M**  **F DATA E LUOGO DI NASCITA ……………………**……………………………………………………………………………………. **CITTADINANZA** ……………………………………….. **CODICE FISCALE** ………………….…….………………………………

**RESIDENTE IN VIA** ………………………………………………..………………..…………………………………… **N°** …………..

**CAP**……………..

**CITTÀ** ……………………..………………..……………………….…

**PROV.** …………..

# DATI DEL GENITORE DI RIFERIMENTO / TUTORE

**Il/LA SOTTOSCRITTO/A** ……………………………………………………………………………………………  **M**  **F RESIDENTE IN VIA** ………………………………………………..………………..…………………………………… **N°** ………….. **CAP**…………….. **CITTÀ** ……………………..……………………….… **CITTADINANZA** ……………………………………..… **CODICE FISCALE ……………………………….**…………………………….…………  **Padre**  **Madre**  **Tutore RECAPITI TELEFONICI** …………………………………………………………………………………………………………………….. **MAIL** …………………………………………………………………………………………………………………………………………….… **Si allega copia del documento d’identità**

# DATI ALTRO GENITORE

**Il/LA SOTTOSCRITTO/A** ……………………………………………………………………………………………  **M**  **F RESIDENTE IN VIA** ………………………………………………..………………..…………………………………… **N°** ………….. **CAP**…………….. **CITTÀ** ……………………..……………………….… **CITTADINANZA** ……………………………………..… **CODICE FISCALE ……………..**……………………..……………………………………………………………………………………… **RECAPITI TELEFONICI …………**…………………………………………………………………………………………………………. **MAIL** ……………..………………………………………………………………………………………………………………………………. **Si allega copia del documento d’identità**

## DICHIARA

* che presso il servizio sono iscritti anche i seguenti fratelli/sorelle:

1 2

* che il minore è in regola con la normativa sulle vaccinazioni obbligatorie in vigore
* che accetta il menù proposto dalla scuola. In caso di allergie/intolleranze/diete speciali

compilare l’apposito allegato

* che la famiglia ha ricevuto copia della documentazione contenente le regole di accesso e di utilizzo del servizio e di accettarle senza riserva.

## RICHIEDE

**l’ammissione al servizio per l’anno scolastico 2025/2026 a partire dal mese di ……………**

## SI IMPEGNA

Al pagamento della retta per la frequenza prescelta:

 **FASCIA 1 - TEMPO PARZIALE 3 ore giornaliere**

 **FASCIA 2 - TEMPO PARZIALE 5 ore giornaliere antimeridiane entro le h 13:00**

 **FASCIA 2 - TEMPO PARZIALE 5 ore giorn. antimeridiane entro le h 13:00 + extra mattino (7:30-8:00)**

 **FASCIA 3 - TEMPO PARZIALE 4 ore giornaliere pomeridiane dopo le h. 13:00**

 **FASCIA 3 - TEMPO 4 ore giorn. pomeridiane dopo le h. 13:00 + extra pomeriggio (17:00-18:00)**

 **FASCIA 4 - TEMPO PIENO intero orario di funzionamento (8:00-17:00)**

 **FASCIA 4 - TEMPO PIENO + extra mattino (7:30-8:00)**

 **FASCIA 4 - TEMPO PIENO + extra pomeriggio (17:00-18:00)**

 **FASCIA 4 - TEMPO PIENO + extra mattino e pomeriggio (7:30-18:00)**

**Al termine dell’anno scolastico verrà effettuato il conguaglio tra i pasti effettivamente consumati**

**e i pasti pagati.**

La famiglia è a conoscenza e accetta che **la frequenza parziale del servizio dà diritto ad una riduzione della retta solamente nei casi previsti dal regolamento scolastico.**

## VERSAMENTO DELLA CAPARRA

**Verranno comunicati in seguito tempi e modalità del versamento della caparra.**

Alla conferma dell’iscrizione da parte del servizio è necessario il versamento di una caparra di euro 150,00

(che verrà restituita con la prima retta pagata).

Si specifica che, in caso di ritiro entro il giorno 1 settembre o comunque entro l’inizio dell’anno educativo,

tale somma sarà trattenuta.

Il contratto di iscrizione prevede la scelta della fascia di frequenza, che può essere modificata nel corso

dell’anno, previa verifica della compatibilità con le esigenze del servizio, con una richiesta scritta di almeno

un mese di anticipo. La richiesta di cambio fascia non può essere presentata contestualmente alla domanda

di iscrizione.

**Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sulla Privacy.**

**Si allega informativa sul trattamento dei dati personali (GDPR 679/2016)**

**Dichiaro di aver letto l'Informativa sul Trattamento dei Dati.**

**Firma…………………………………………….. Autorizzo al trattamento dei dati personali. Firma……………………………………………….**

Luogo e data ………………………………………………

Firma genitore/tutore Firma altro genitore