

# *Pio Istituto del Sacro Cuore di Gesù*

V.le Vellei, 16 - 63100 ASCOLI PICENO - Tel./Fax: 0736-256439 - E mail: istitutoscuore@pioistituto.it

## *Nido - Nido Integrato - Classe Primavera*

### **RICHIESTA DI ISCRIZIONE ANNO EDUCATIVO 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_, genitore di  
\_\_\_\_\_, nato/a in \_\_\_\_\_,  
Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_; Cod. Fisc. alunno/a: \_\_\_\_\_;  
Cittadinanza alunno/a: \_\_\_\_\_;

#### **C H I E D E**

che il/la proprio/a figlio/a venga iscritto/a alla seguente sezione di codesto Asilo Nido non statale per l'**anno educativo 2024/2025**:

Nido  Nido Integrato Primavera

Quota di iscrizione di € 80,00 versata

#### **D I C H I A R A**

- di aver preso visione del prospetto **Servizi e Prestazioni Anno Scolastico 2024/2025** e di approvarlo integralmente in ogni sua parte;
- di approvare il **Regolamento Interno** di funzionamento che verrà consegnato all'inizio della frequenza.

#### **EVENTUALI ANNOTAZIONI ED INDICAZIONI DA PARTE DELLA FAMIGLIA**

N. cellulare Padre \_\_\_\_\_ N. cellulare Madre \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

I Genitori

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale dell'alunno/a sopra indicato/a dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/comunicazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli Art. 316, Art. 337 ter e Art. 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il Genitore

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 – art. 46)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato in \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, genitore di \_\_\_\_\_;

### D I C H I A R A

- che il/la predetto/a figlio/a è nato/a in \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_; ed è residente in \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;

- che è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie SI  NO

- che la famiglia convivente si compone di:

Cognome e nome	Luogo – Data di nascita	Rapporto di parentela

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

**Allegare copia di un documento di identità del dichiarante, certificato medico di idoneità alla frequenza dell'Asilo Nido e fotocopia della tessera vaccinazioni relativi al/alla bambino/a.**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del “Modello Informativa Privacy” predisposto dal Pio Istituto del Sacro Cuore di Gesù e di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento stesso e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e seguenti del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla procedura della frequenza all’Asilo Nido.

In Fede

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

**Revoca del consenso al trattamento**

Si ricorda che, ai sensi dell’art. 7 del Regolamento, è riconosciuta la facoltà di revocare per iscritto il consenso al trattamento dei dati personali.

**ESTREMI GENITORE CHE RICHIEDERA’ IL BONUS ASILO**  
**DA ASSOCIARE AL PAGAMENTO DELLA RETTA**  
**PER LA COMUNICAZIONE ALLA AGENZIA DELLE ENTRATE**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

**GENITORE DA INSERIRE NELLA RELATIVA CHAT**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

NUMERO CELL.: \_\_\_\_\_

**PREFERENZA INDICATIVA SULL’ORARIO DI USCITA**

Ore 14:00

Ore 16:00

Ore 17:00

