

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 2026/2027

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 2026/2027**:

☐ 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 2026/2027** 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

