



DOMANDA D'ISCRIZIONE N°                      del

**CENTRO DIURNO ESTIVO 2024 – INFANZIA**

(PER GLI ALUNNI CHE HANNO FREQUENTATO LA SCUOLA DELL'INFANZIA NELL'A.S. 2023-2024)

**SCUOLA DELL' INFANZIA: SCUOLA "PETRARCA" di via PETRARCA, 21 - BUCCINASCO**

Il/La sottoscritto/a..... residente a .....  
(genitore o chi ne fa le veci)

in via .....C.F.....e-mail.....

**CHIEDE L'ISCRIZIONE**

del proprio figlio/a ..... nato/a il .....

iscritto/a per l'anno scolastico **2023/2024**: classe ..... sez. .... scuola.....

per i periodi sotto indicati e con applicazione della tariffa relativa alla **fascia ISEE** di appartenenza:

Scuola Dell'Infanzia Turno settimanale non frazionabile	TARIFFE PER FASCIA DI REDDITO ISEE			
	da 0 a € 8.000,00	da € 8.000,01 a € 12.000,00	da € 12.000,01 a € 16.000,00	oltre € 16.000,00
dal 02 luglio al 05 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 08 luglio al 12 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 15 luglio al 19 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 22 luglio al 26 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 29 luglio al 02 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 05 agosto al 09 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 12 agosto al 16 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 19 agosto al 23 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 26 agosto al 30 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00

con frequenza prevista (segnare l'orario prescelto):

**Entrata:**  7.30 - 8.00     8.00-8.30     8.30-9.00

**Uscita:**  16.30 – 17.00     17.00 -17.30     17.30 -18.00

**Solo per i disabili certificati:**  uscita ore 13:30 **con riduzione del 30% della tariffa settimanale**  
(l'uscita deve riguardare l'intero turno settimanale richiesto).

Pag. 1/2.





recapito dei genitori durante l'orario di attività: **madre** tel.....cell.....

**padre** tel..... cell..... **Altri numeri utili** .....

**chiedo che mio figlio/a sia insieme a**.....

### DICHIARA

1) CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NECESSITA DI SEGUIRE UNA DIETA SPECIALE

**SI**      **NO**           

(se SI, menù a tendina: DIETA SANITARIA / DIETA RELIGIOSA)

In caso di DIETA SANITARIA sarà obbligatorio allegare CERTIFICATO MEDICO

(es. allergie, intolleranze, farmaco, salvavita ecc.,.....)

.....

2) CHE IL PROPRIO FIGLIO/A HA USUFRUITO DURANTE L'ANNO SCOLASTICO **2023-2024**  
DELL'ASSISTENZA EDUCATIVA COMUNALE PER DISABILITA' CERTIFICATA  **SI**       **NO**

(la mancata segnalazione di cui al punto 2 comporterà il **non accoglimento** della domanda)

DI AVERE UN REDDITO **ISEE** di € .....RISULTANTE DALLA DSU **IN CORSO**

**DI VALIDITA'**, numero di protocollo INPS-ISEE .....

C.F. del richiedente la DSU .....

DI APPARTENERE ALLA FASCIA MASSIMA DI REDDITO

DI AVER PRESO VISIONE DELLA NOTA INFORMATIVA CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI ANNO 2024.

**L'importo da pagare è di €** .....

Il sottoscritto, con riferimento all'art.13 del Regolamento (UE)2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modulo verranno trattati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, tali dati verranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune o dei soggetti esterni espressamente nominati come responsabili del trattamento.( Decreto Legislativo n.196/2003e successive modificazioni, come previsto dalla legge sulla privacy).

**Titolare del trattamento** è il Comune di Buccinasco avente sede in Via Roma n. 2 – ed Il Melograno Società Cooperativa Sociale a.r.l. avente sede via Giovanni Pascoli n.17 20090 Segrate (Mi)

- **Autorizza** qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda.

firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data, .....

.....

**Pag. 2/2**