

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA "INSIEME GIOCANDO"

CENTRO PRIMA INFANZIA

via Padri Serviti 18/A – 23801 Calolzicorte – tel. 3425512386

Data presentazione
(a cura dell'ente gestore)**Dati bambino/a**

COGNOME E NOME

C.F.

 Maschio Femmina NATO/A A PV IL CITTADINANZA

PORTATORE DI HANDICAP

(consegnare copia certificazione)

 SI **NO**

DICHIARO DI AVER ADEMPIUTO AGLI OBBLIGHI VACCINALI DI LEGGE

 SI **NO**FRATELLI/SORELLE FREQUENTANTI UNO DEI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA
(asilo nido/ centro Prima Infanzia) **SI** **NO**COGNOME E NOME DATA NASCITA COGNOME E NOME DATA NASCITA **Dati famiglia****COGNOME E NOME PADRE**

C.F.

NATO/A A PV IL CITTADINANZA CONDIZIONE LAVORATIVA: occupato **SI** **NO**località **COGNOME E NOME MADRE**CONDIZIONE LAVORATIVA: occupato **SI** **NO**località

NUCLEO FAMILIARE CON LA PRESENZA DI UN SOLO ADULTO CONVIVENTE **SI** **NO**
(ai sensi art. 3 E 7 D.P.C.M. 05/12/2013)

RESIDENTI IN PV CAP
VIA N. Tel. Fisso
E-mail
Cellulare/i

SI RICHIENDE L'INSERIMENTO AL SERVIZIO

dal mese di anno

Modulo	Giorni preferiti	Retta mensile
<input type="checkbox"/> 3 GIORNI <input type="checkbox"/> 4 GIORNI <input type="checkbox"/> 5 GIORNI	<input type="checkbox"/> LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI'	<input type="text"/>

Altre annotazioni

I suoi dati saranno trattati nel rispetto del Reg. UE 2016/679, e di prendere atto che l'informativa completa è disponibile al seguente indirizzo: <https://www.comune.calolziocorte.lc.it/Privacy>.

Dichiara di aver preso visione della Carta dei servizi e del Regolamento del Servizio presenti sul sito internet: www.comune.calolziocorte.lc.it

DATA

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

ALLEGARE COPIA CARTA D' IDENTITÀ DI ENTRAMBE I GENITORI

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affido congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE

ALLEGARE COPIA CARTA D' IDENTITÀ **Si chiede di compilare la domanda in ogni sua parte.**

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA "INSIEME GIOCANDO"
CENTRO PRIMA INFANZIA
via Padri Serviti 18/A – 23801 Calolzicorte – tel. 3425512386

CONFERMA ISCRIZIONE

A conferma dell'iscrizione presentata in data SINERESI Società Cooperativa Sociale emetterà **euro 30,00** nella fattura della prima retta.

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario, come di seguito specificato

**SINERESI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
BANCA POPOLARE DI SONDRIO – AGENZIA 2 - LECCO
ABI:05696 CAB:22902 CIN: A C/C:4461X82 IBAN: IT79 A056 9622 9020 0000 4461 X82**

Si richiede nominativo del genitore per l'intestazione della fattura (indicare cognome e nome)

come da dati anagrafici indicati nella domanda di Iscrizione.

Data Firma _____

MODALITA' INVIO FATTURE

Sineresi Società Cooperativa Sociale è soggetta all'obbligo di fatturazione elettronica, secondo quanto previsto dal Provvedimento 30/04/2018 dell'Agenzia delle Entrate.

Vi comunichiamo pertanto che potete trovare l'unico originale delle fatture che riceverete all'interno della Vostra area riservata del sito web dell'Agenzia delle Entrate.

Sineresi Società Cooperativa Sociale, in aggiunta, continuerà comunque a consegnare le fatture in versione cartacea, oppure, **preferibilmente e previo vostro consenso**, via e-mail (in formato PDF). Quest'ultima modalità permette di ricevere il documento immediatamente dopo la sua emissione, evitando disgridi legati a ritardi o smarrimenti.

Per usufruire del servizio di invio delle fatture via e-mail chiediamo il Vs. consenso esplicito compilando il sottostante modulo da restituire alla coordinatrice del servizio.

NOMINATIVO CLIENTE

Codice fiscale:

AUTORIZZA

La Cooperativa Sociale Sineresi ad inviare a tempo indeterminato le fatture emesse a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo:

@

La revoca o la modifica della presente autorizzazione potrà essere effettuata da una qualunque di entrambe le parti con apposita comunicazione scritta.

Data Firma _____