



COMUNE DI MOZZECANE

Provincia di Verona
Via C.B. Brenzoni n. 26 – 37060 Mozzecane
CF/PI 00354500233

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Servizi Educativi Scolastici Integrativi (a.s. 2019/2020)

RISERVATO ALL'UFFICIO. Data e orario di consegna della domanda:

Il sottoscritto _____ in qualità di PADRE MADRE TUTORE del minore sotto indicato, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 46-47 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità, e dopo aver preso visione dei REGOLAMENTI relativi ai Servizi Educativi Scolastici Integrativi,

con la presente **CHIEDE** per il proprio figlio l'iscrizione al SERVIZIO di:

- PRE-ACCOGLIENZA (solo per alunni Scuola Primaria)
- SPAZIO GIOCO-COMPITI - senza Servizio Mensa
- SPAZIO GIOCO-COMPITI - con Servizio Mensa
- SOLO SERVIZIO MENSA

a tal fine **DICHIARA** quanto segue:

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE (per il quale si chiede l'iscrizione)

COGNOME/NOME _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ISCRITTO PER L'ANNO 2019-2020 ALLA CLASSE _____	DELLA <input type="checkbox"/> S. PRIMARIA <input type="checkbox"/> S. SECONDARIA DI I°
CODICE FISCALE _____	CITTADINANZA _____
NATO A _____	PROVINCIA _____ STATO _____ IL _____
RESIDENTE A _____	IN VIA _____
CELLULARE PADRE _____	E-MAIL _____
CELLULARE MADRE _____	E-MAIL _____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI UTILI _____	

DATI DELLA PERSONA A CUI INTESTARE TUTTE LE FATTURE (INTERO ANNO SCOLASTICO)

NOME E COGNOME	
CODICE FISCALE	<input type="checkbox"/>
RESIDENTE A	IN VIA

Per quanto riguarda il ritiro quotidiano di mio figlio dal servizio scelgo (fare crocetta su opzione scelta):

- Uscita autonoma autorizzata, compilo il modulo relativo e allego alla presente domanda
- Uscita effettuata dai genitori e/o da adulti delegati in tal caso compilo la tabella sottostante:

SOGGETTI MAGGIORENNI DELEGATI AL RITIRO (*oltre ai titolari della responsabilità genitoriale*)

NOME E COGNOME	PARENTELA	NOME E NUMERO DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ	TELEFONO

DATI INTEGRATIVI

che il minore presenta le seguenti difficoltà alimentari (es. *intolleranze, allergie, diete particolari*):

--

che il minore soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio:

--

DICHIARO INOLTRE

- **di aver preso visione del “Regolamento dei Servizi Educativi Scolastici Integrativi” e del “Regolamento Servizio Mensa” di accettarli in ogni parte.**

OGNI versamento **DEVE ESSERE** effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Cooperativa Sociale TANGRAM di Valeggio sul Mincio IBAN IT66T0103059931000010073982 (Monte dei Paschi di Siena, *Agenzia di Valeggio s/M*), specificando come causale: *“nome e cognome del bambino - tipologia servizio richiesto”*.

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità in corso di validità di chi firma il presente modulo
- Copia del bonifico del pagamento dell’acconto
- Eventuali Certificazioni rilasciate o in itinere rispetto ai disturbi dell’apprendimento o della sfera comportamentale
- Modulo USCITA AUTORIZZATA se scelta
- Certificati medici comprovanti patologie rilevanti di salute, allergie e intolleranze
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (*con certificato medico*)
- Altro (*specificare*) _____

FIRMA GENITORE COMPILATORE

FIRMA ALTRO GENITORE