



FONDAZIONE ASILO INFANTILE  
"PICCINELLI COMOLLI"

E.T.S. Rep. Nr. 129048

VIA DELLA DONIGA, 1-21100 VARESE

Telefono 0332/232298 Cell. 366/4761576

[info@piccinellicomolli.it](mailto:info@piccinellicomolli.it) [www.asilopiccinellicomolli.it](http://www.asilopiccinellicomolli.it)

## MODULO DI RINNOVO ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA

COGNOME		NOME	
RECAPITI TELEFONICI	casa:	cell:	lavoro:
INDIRIZZO MAIL			

CON IL CONSENSO DELL'ALTRO GENITORE:

COGNOME		NOME	
RECAPITI TELEFONICI	casa:	cell:	lavoro:
INDIRIZZO MAIL			

## CHIEDE PER IL PROPRIO FIGLIO/A

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		PROV.	DATA DI NASCITA
VIA/PIAZZA VIALE			N° CIVICO
COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	CAP.

il rinnovo dell'iscrizione per l'anno scolastico .....

A conferma del rinnovo dell'iscrizione, verrà inserita nella bolletta del mese di gennaio **la quota pari ad € 60,00** corrispondenti al contributo spese (iscrizione, assicurazione).

Tale quota, anche in caso di ritiro del bambino, rimarrà alla scuola.

**La scuola richiede annualmente, ad AMPLIAMENTO dell'OFFERTA FORMATIVA, un contributo di € 70,00 di cui € 35,00 per il materiale didattico ed € 35,00 per l'attivazione di laboratori effettuati, durante l'orario curricolare, da esperti anche esterni in collaborazione con le insegnanti. Tale quota verrà inserita nella bolletta del mese di Ottobre.**

**Iscrizione ai servizi parascolastici del pre e del dopo scuola:** VERRA' DATA LA PRECEDENZA AI BAMBINI CON ENTRAMBI I GENITORI LAVORATORI, PREVIA PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO ATTESTANTE L'ORARIO O L'AUTOCERTIFICAZIONE IN CASO DI LAVORATORI AUTONOMI.

TALE DICHIARAZIONE DOVRA' ESSERE CONSEGNATA ALLA SCUOLA ASSIEME AL MODULO DI ISCRIZIONE CHE INVIEREMO SULLA LISTA BROADCAST ALLA FINE DI AGOSTO E CHE DOVRA' ESSERE CONSEGNATO ENTRO E **NON OLTRE IL 20 DI SETTEMBRE. L'ISCRIZIONE AI SERVIZI E' ANNUALE.** LA QUOTA VERRA' INSERITA MENSILMENTE NELLA RETTA SCOLASTICA.

*segue. ≥*

## DICHIARA:

che al minore **SONO** state effettuate le vaccinazioni obbligatorie presso .....  
di .....di cui allego copia del certificato vaccinale ai sensi della Legge 119/2017  
solo in caso di variazione dello stesso

di presentare copia della richiesta di vaccinazione presso ..... di  
.....che deve essere effettuata entro la fine dell'anno scolastico

che al minore **NON SONO** state effettuate le vaccinazioni obbligatorie per esonero/omissione  
o differimento (per chi si trova in particolari condizioni cliniche) **DI CUI ALLEGO  
DOCUMENTAZIONE**

che il minore frequenta strutture specialistiche in orario scolastico (indicare quali)  
.....

che il minore necessita della somministrazione di farmaci salvavita  
(specificare quali) .....

## RICHIEDE INOLTRE:

DIETA SPECIALE (per patologia/intolleranza/allergia alimentare, allegare certificato medico)

DIETA SPECIALE (per motivi religiosi, specificare gli alimenti da **NON SOMMINISTRARE**)

**LE INFORMAZIONI CIRCA LA PRESENZA DI SOSTANZE O DI PRODOTTI CHE PROVOCANO ALLERGIE O  
INTOLLERANZE SONO DISPONIBILI SUL MENU' O RIVOLGENDOSI AL PERSONALE IN SERVIZIO.**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scrivente può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Scuola dell'Infanzia e secondo quanto specificato nell'Informativa per il trattamento dei dati personali (D.Lgs 30 Giugno 2003, n. 196 integrato e modificato dal D.Lgs 10 Agosto 2018, n. 101 e del Reg. UE 2016/679 del Parlamento Europeo).

**Firma di entrambi i genitori**

Varese, .....

.....

.....