

All'Amministrazione Comunale  
di SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA  
DEL COMUNE DI SAN MARTINO AL TAGLIAMENTO  
ANNO EDUCATIVO 2021/2022**

**IO SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_ (GENITORE – DICHIARANTE)

in qualità di:

- Genitore
- Tutore
- Affidatario

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono abitazione \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**ALTRO GENITORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono abitazione \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al Nido d'Infanzia "Il Colibri" per il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

per la seguente frequenza oraria:

- Orario intero (7:30 – 17:30)
- Orario ridotto (7:30 – 14:00)

**SOLO PER I NASCITURI:** l'accettazione della domanda sarà subordinata alla disponibilità di posti alla data richiesta di inserimento del bambino

DATA PRESUNTA DI NASCITA \_\_\_\_\_

PEDIATRA DI RIFERIMENTO\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_

CONSENSO A CONTATTARE IL PEDIATRA IN CASO DI NECESSITA':

- Si
- No

### DICHIARA

Di aver preso visione del Regolamento del Nido d'Infanzia "Il Colibri"

Che sussistono le seguenti condizioni che danno diritto alla priorità di iscrizione ai sensi degli art. 4 e 7 del Regolamento:

- Bambino/a i cui genitori lavorano entrambi
- Bambino/a con fratelli che frequentano la Scuola dell'Infanzia "Il Tiglio" di San Martino al Tagliamento
- Bambino/a affetto da disabilità

### AUTORIZZA

L'invio della fattura mensile al seguente indirizzo di posta elettronica\_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

1. a tenere **costantemente controllata**, in caso di utilizzo di indirizzo e-mail, la casella di posta indicata, per evitare le conseguenze derivanti dall'eventuale mancata consultazione, **dando atto dell'avvenuta ricezione**;
2. a **comunicare tempestivamente** ogni **variazione delle informazioni fornite**;

### DICHIARA

1. di essere consapevole che, a seguito del mancato pagamento della retta, l'utente verrà dichiarato moroso con attivazione della procedura di recupero del credito e il mancato adempimento entro 15 giorni dalla nota di sollecito comporterà la cessazione del servizio;
2. di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale effettuerà controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni rese;
3. di essere consapevole che la dichiarazione falsa o mendace sarà segnalata alle autorità competenti.

### ALLEGA

- CERTIFICAZIONE ISEE (per prestazioni erogate a minorenni) aggiornata secondo la normativa in vigore consapevole che fino alla presentazione della stessa verrà applicata la retta massima: **SI NO**
- FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' DI ENTRAMBI I GENITORI

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante\_\_\_\_\_

Ulteriori delucidazioni ed informazioni potranno essere richieste all'Ufficio Segreteria 0434 88008

[segreteria@comune.sanmartinoaltagliamento.pn.it](mailto:segreteria@comune.sanmartinoaltagliamento.pn.it)