

Pio Istituto del Sacro Cuore di Gesù

V.le Vellei, 16 - 63100 ASCOLI PICENO - Tel./Fax: 0736-256439 - E mail: istitutoscuore@pioistituto.it

Scuola dell'Infanzia Paritaria "Mario De Berardinis"

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Il/La sottoscritto/a _____, residente in
_____, Prov. _____, Via _____,
n. _____, CAP _____, telefono n. _____, genitore di
_____, nato/a in _____,
Prov. _____, il _____; Cod. Fisc. alunno/a: _____;
Cittadinanza alunno/a: _____;

C H I E D E

che il/la proprio/a figlio/a venga iscritto/a alla seguente classe di codesta Scuola dell'Infanzia Paritaria non statale per l'anno scolastico 2024/2025:

Classe **3 anni** Classe **4 anni** Classe **5 anni**

Quota di iscrizione di € 80,00 versata

D I C H I A R A

- di aver preso visione del prospetto **Servizi e Prestazioni Anno Scolastico 2024/2025**, di approvarlo integralmente in ogni sua parte e di impegnarsi a far terminare, salvo giustificati motivi, al/alla proprio/a figlio/a l'intero ciclo scolastico di questa Scuola dell'Infanzia "M. De Berardinis";
- di approvare il **Regolamento Interno** di funzionamento che verrà consegnato all'inizio della frequenza.

EVENTUALI ANNOTAZIONI ED INDICAZIONI DA PARTE DELLA FAMIGLIA

N. cellulare Padre _____ N. cellulare Madre _____

Indirizzo e-mail _____

I Genitori

Ascoli Piceno lì _____

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, in qualità di genitore, o di chi esercita la responsabilità genitoriale dell'alunno/a sopra indicato/a dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/comunicazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli Art. 316, Art. 337 ter e Art. 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il Genitore

Ascoli Piceno lì _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 – art. 46)

Il/La sottoscritto/a _____, nato in _____, Prov. _____, il _____, genitore di _____;

D I C H I A R A

- che il/la predetto/a figlio/a è nato/a in _____, Prov. _____, il _____; ed è residente in _____, Prov. _____, Via _____, n. _____;

- che è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie SI NO

- che la famiglia convivente si compone di:

Cognome e nome	Luogo – Data di nascita	Rapporto di parentela

Ascoli Piceno lì _____

In Fede

Allegare copia di un documento di identità del dichiarante e copia della tessera vaccinazioni del/della alunno/a.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del “Modello Informativa Privacy” predisposto dal Pio Istituto del Sacro Cuore di Gesù e di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento stesso e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e seguenti del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla procedura della frequenza alla Scuola dell’Infanzia.

In Fede

Ascoli Piceno lì _____

Revoca del consenso al trattamento

Si ricorda che, ai sensi dell’art. 7 del Regolamento, è riconosciuta la facoltà di revocare per iscritto il consenso al trattamento dei dati personali.

ESTREMI GENITORE DA ASSOCIARE AL PAGAMENTO DELLA RETTA
PER LA COMUNICAZIONE ALLA AGENZIA DELLE ENTRATE

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE: _____

GENITORE DA INSERIRE NELLA RELATIVA CHAT

COGNOME E NOME _____

NUMERO CELL.: _____

