

**CENTRO DELL'INFANZIA SAN LORENZO CARLO LIVIERO**

Via XVI Marzo, 14 - 35020 Albignasego

Tel/ fax 049 8626875

segreteria@centroinfanziaroncon.com

coordinatrice@centroinfanziaroncon.com

www.centroinfanziasanlorenzocarloliviero.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO**Anno scolastico 2022/2023**

Alla Coordinatrice del Centro dell'Infanzia San Lorenzo Carlo Liviero

I SOTTOSCRITTI

(cognome e nome)	luogo e data di nascita	cod. fisc.
-------------------	-------------------------	------------

(cognome e nome)	luogo e data di nascita	cod. fisc.
-------------------	-------------------------	------------

Email _____

Richiede il bonus Nido _____in qualità di ☐ genitori/esercenti la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario,**CHIEDONO**l'iscrizione del __ bambin __ _____
(cognome e nome)a codesto Centro dell'Infanzia San Lorenzo Carlo Liviero **per il Nido per l'a. s. 2022-2023****E DI AVVALERSI**

sulla base del piano triennale dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili, del seguente orario:

- di essere a conoscenza che la quota d'iscrizione annua è di **130 euro**, che la quota mensile (da moltiplicare per 11 mensilità) è di **360 euro** per i residenti del Comune di Albignasego e di **410 euro** per i residenti fuori comune, da versarsi entro il 10 del mese; e che per anticipo ed orario prolungato i costi sono i seguenti:

☐ orario **anticipato** delle attività **dalle ore 7,30 alle ore 8,30 (a pagamento 30 euro mensili abbonamento)**☐ orario **anticipato** delle attività **dalle ore 8,00 alle ore 8,30 (a pagamento 15 euro mensili abbonamento)**☐ orario **prolungato** delle attività **dalle ore 16,00 alle ore 17,30 (a pagamento 40 euro mensili abbonamento)**

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARANO CHE- 1 bambin __ _____
(cognome e nome) (codice fiscale)

- è nat_ a _____ il _____

- è cittadino ☐ italiano ☐ altro (indicare nazionalità) _____

- è residente a _____ (prov.) _____

- Via/piazza _____ n. _____ tel. _____

è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie.

SONO A CONOSCENZA CHE

la quota d'iscrizione annua è di 130 euro, **la quota mensile per 11 mensilità è di 360 euro per i residenti del Comune di Albignasego, di 410 euro per i residenti fuori comune**, da versare entro il 10 del mese anche in caso di assenza prolungata del proprio figlio, pertanto **il comune di Albignasego paga 50 euro al mese per il vostro figlio iscritto nel Nido.**

Data**Firma di autocertificazione** _____

(Legge n. 127 del 1997, d.P.R. n. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola