



Domanda di iscrizione alla PRE-SCOLASTICA scuola MATERNA per l'anno scolastico 2017/2018

INTESTATARIO/A -che detiene la potestà genitoriale- :

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

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cod. Fiscale: | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Per comunicazioni:

Cell. Autorizza sms: \_\_\_\_\_ Cell. Coniuge: \_\_\_\_\_

E-mail autorizza: \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Altro GENITORE: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale: | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Chiede l'ammissione per l'A.S. 2017/2018 al servizio di pre-scolastica dell'alunno/a:

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

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Nazione se nato/a fuori dall'Italia: \_\_\_\_\_

Scuola materna a.s. 2017/2018 Sez. 1  2  3  4  5  6  7

Il sottoscritto chiede che il proprio figlio/a possa frequentare il plesso scolastico (dalle 7.30 alle 8.00)

per tutto l'anno scolastico 2017/2018

a partire dal mese di \_\_\_\_\_

## IL SOTTOSCRITTO

In relazione alla presente domanda di **iscrizione al servizio pre -scolastica materna** del proprio figlio/a, per l'a.s. 2017/2018 è **consapevole:**

- delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici previsti dall'art.75 del D.P.R.445/00. in caso di dichiarazioni false o mendaci;
- della possibilità di realizzazione di controlli, anche da parte della Guardia di Finanza, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, ai sensi dell'art.4, comma 8 del D.Lgs 109/98 e successive modifiche;
- della facoltà dell'Amministrazione Comunale di procedere alla sospensione del servizio e comunque al recupero del credito secondo la normativa vigente in caso di mancato pagamento della tariffa attribuita

### Ha preso conoscenza:

- delle tariffe in vigore e dei criteri di applicazione

**RICHIEDE addebito in conto corrente SDD**

**DATI IBAN GIA' FORNITI**

### si impegna

- a comunicare tempestivamente per iscritto all'Ufficio Pubblica Istruzione qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell'iscrizione e/o eventuale rinuncia al servizio richiesto.

### DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE AL VERO.

**INFORMATIVA PRIVACY** (D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196) Ai sensi dell'art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, D. Lgs. 30 giugno 2003,n.196, si forniscono le seguenti informazioni. Finalità del trattamento: il trattamento dei dati personali forniti nella presente domanda saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi in corso e per i controlli previsti dalla Legge, sia in forma elettronica che cartacea. Ambito di comunicazione: I dati potranno essere portati a conoscenza di responsabili ed incaricati del Comune e/o di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio che debbono partecipare al procedimento .Diritti: Sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica e l'aggiornamento per i motivi legittimi rivolgendo le richieste all'Ufficio Pubblica Istruzione. Il titolare del trattamento dei dati personali per l'Amministrazione Comunale di Castel San Giovanni, si identifica nella persona del Sindaco pro-tempore, con sede in Piazza XX Settembre n.2-29015 Castel San Giovanni (PC) tel. Centralino: 0523-889611- e nel Responsabile del Settore Pubblica Istruzione e/o suo Delegato – Via G. Garibaldi, n.7 – Castel San Giovanni (PC) tel.0523-889741/889737 – fax 0523-843290 Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

Castel San Giovanni, \_\_\_\_\_ Firma del/della Richiedente \_\_\_\_\_

Firma dell'addetto Ufficio Pubblica Istruzione \_\_\_\_\_

### Da compilare a cura del delegante/richiedente

Il sottoscritto Richiedente \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ (di cui allega copia) n° \_\_\_\_\_

DELEGA il/la Sig/ra \_\_\_\_\_ Alla consegna della presente richiesta.

Castel San Giovanni, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'addetto Ufficio Pubblica Istruzione \_\_\_\_\_