



O.D.P.F. Istituto Gavina

Via Fossa, 15 - 27049 Stradella (PV)

Tel. 0385 49956 email: istitutogavina@gavinaodpf.it

Domanda di iscrizione per l'A.S. 26/27 - Asilo Nido

I sottoscritti genitori del /

della bambino/a

CHIEDONO

per il figlio/la figlia l'iscrizione all'Asilo Nido dell'O.D.P.F. ISTITUTO GAVINA per l'anno scolastico 2026/27.

Fascia oraria scelta:

fascia mattutina fino alle ore 15,00

rata mensilizzata € 360,00 + pasto ☐

fascia completa fino alle ore 18,00

rata mensilizzata € 500,00 + pasto ☐

Il costo del pasto, cucinato in loco, è separato dalla retta e determinato in € 5,00 a pasto da acquistare in blocchetti da 10 pasti versando il contributo unitamente alla retta o con pagamento a parte ma comunque **anticipatamente** all'utilizzo!

NOTA BENE

- L'iscrizione prevede il versamento di una quota di € 200 **NON RIMBORSABILE** (comprensiva del materiale didattico e di consumo che sarà utilizzato durante l'anno e della quota assicurativa);
- La RETTA E' ANNUALE, viene suddivisa in 11 rate mensilizzate, da pagare entro il giorno 10 di ogni mese.
L'iscrizione al servizio Nido/Primavera prevede un periodo di frequenza di 11 mesi: da settembre a luglio. Il ritiro dal servizio è certamente possibile ma DEVE ESSERE COMUNICATO 3 MESI PRIMA, altrimenti il pagamento della quota andrà comunque corrisposto per intero.
- **Le assenze non determinano sconti sulla retta, fatto salvo il ritiro dalla scuola.**
- Nel caso di frequenza di più figli è possibile uno sconto del 20% sulla retta del figlio minore;
- i pagamenti devono avvenire tramite Bonifico Bancario
- Beneficiario: O.D.P.F. ISTITUTO SANTACHIARA C.F.P. MENSA E GAVINA
- Conto corrente presso: BPER Banca S.p.A.
- IBAN: IT83I0538756401000049418870 o in Segreteria tramite POS

DICHIARANO

1. i dati personali dell'iscritto:

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Cittadinanza Codice Fiscale

Residenza o domicilio(Prov.....)



O.D.P.F. Istituto Gavina

Via Fossa, 15 - 27049 Stradella (PV)

Tel. 0385 49956 email: istitutogavina@gavinaodpf.it

Tel.Tel.....

E mail:.....

E' stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: ☐ sì ☐ no
(E' obbligatorio consegnare la certificazione)

Presenta allergie o intolleranze ad alimenti specifici: ☐ sì ☐ no
(Se sì, presentare la relativa documentazione)

1. la composizione della propria famiglia convivente:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Professione

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, DICHIARANO di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

I sottoscritti DICHIARANO di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione nel rispetto delle normative sulla Privacy (GDPR 2016/679 e D. Lgs. n. 196/03 con modifiche apportate dal D. Lgs. 101/18).

Firma di autocertificazione (padre/tutore)

Firma di autocertificazione (madre/tutore)

Data: _____

Data: _____

È richiesta la firma di entrambi i genitori

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, a firma dell'**affidatario**, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido.

In questo caso, il genitore affidatario autorizza la scuola ad effettuare le comunicazioni più rilevanti, relative all'allievo, ad entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

☐

AUTORIZZA

☐

NON AUTORIZZA

ALLEGARE: Copia Carta di Identità di padre e madre (/tutore)
Copia Codice Fiscale padre e madre (/tutore)
Copia Codice Fiscale bambino iscritto