



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. 2026/27 – Sez. Primavera

I sottoscritti genitori del/della
bambino / a

CHIEDONO

per il figlio/la figlia l'iscrizione alla Sez. Primavera dell'O.D.P.F. ISTITUTO GAVINA per l'anno scolastico 2026/27

Fascia oraria scelta:

fascia mattutina fino alle ore 15,00

retta mensilizzata € 290,00 + pasto ☐

fascia completa fino alle ore 18,00

retta mensilizzata € 390,00 + 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!

N.B.

- 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.

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)

2. 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 _____

Si richiede 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