

# DOMANDA DI ISCRIZIONE

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla

**SCUOLA DELL'INFANZIA DI CIVELLO**

## DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CITTADINANZA ITALIANA SI \_\_\_ NO \_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE OBBLIGATORIA SI \_\_\_ NO \_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DEL PADRE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A (solo se diversa da quella dell'alunno/a) \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A (solo se diversa da quella dell'alunno/a) \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE CONVIVENTI**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

**SERVIZIO PRE-POST SCUOLA**

PRE-SCUOLA **dalle 7,30 alle 8,30** SI \_\_\_ NO \_\_\_

POST-SCUOLA **dalle 16,00 alle 18,00** SI - 1 ora \_\_\_ SI - 2 ore \_\_\_ NO \_\_\_

**DIETE ALIMENTARI**

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI SI \_\_\_ NO \_\_\_

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

**I SOTTOSCRITTI**

- Dichiarano di aver ricevuto l' informativa ai sensi dell' art. 13 D. LGS 196/03 e danno il proprio consenso ai trattamenti dei dati per le finalità e le modalità dichiarate.
- Dichiarano di essere consapevole delle finalità educative della Scuola e di aver ricevuto e accettato il regolamento interno
- Autorizza la ripresa del minore finalizzata alla produzione di DVD e/o attività per finalità istituzionali.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

**DATI PER PAGAMENTI**

COMPILARE IL MODULO SDD SOTTOSTANTE

**Mandato per addebito diretto SEPA Core**SCUOLA DELL'INFANZIA  
DI CIVELLO

A 4 9 1 M 4

Riferimento del mandato (da indicare a cura del Creditore)

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
  - autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.
- I campi contrassegnati con asterisco (\*) sono obbligatori.

**Dati relativi al Debitore**Nome e Cognome /  
Rag. Sociale\*

Nome del/i Debitore/i

Indirizzo

Via e N° civico

Codice postale

Località

Paese

Cod. Fiscale/Part.  
IVA\*

Cod. Fiscale / Part. IVA del Debitore

IBAN\*

IBAN del titolare del conto corrente

**Dati relativi al Creditore**Rag. Sociale del  
Creditore\*

SCUOLA DELL'INFANZIA DI CIVELLO

Nome del Creditore

Cod. Identificativo\*

IT260010000001288130139

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)

Sede Legale\*

VIA FIUME N° 13

22079

Via e N° civico

Codice postale

VILLA GUARDIA

ITALIA

Località

Paese

**Dati relativi al Sottoscrittore** (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Nome e Cognome

Cod. Fiscale

Tipologia di pagamento\*

 Ricorrente Singolo addebito

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luogo

Data di sottoscrizione\*

\*Firma/e

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.