SCUOLA PARITARIA A. PROVOLO
CENTRO INFANZIA 0-6 ANNI
PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO

COOPERATIVA SOCIALE CULTURA E VALORI

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE _____ SECONDARIA I GRADO

PER L'ANNO SCOLASTICO _____/_____

Soggetto che porterà in detrazione le rette

Il sottoscritto	cognome	nome	in qualità di: padre / madre / affidatario[1] / tutore[1]
nato/a a	comune / CAP o Stato estero	provincia	cittadinanza
il (giorno mese anno)		CF	
residenza	comune / CAP	provincia	via, n
domicilio (se diverso dalla residenza)	comune / CAP	provincia	via, n
e-mail		tel casa / lavoro	cell
documento di riconoscimento	tipo (C.I., patente, ecc.)	numero	rilasciato da, data rilascio

Altro genitore

Il sottoscritto	cognome	nome	in qualità di: padre / madre
nato/a a	comune / CAP o Stato estero	provincia	cittadinanza
il (giorno mese anno)		CF	
residenza	comune / CAP	provincia	via, n
domicilio (se diverso dalla residenza)	comune / CAP	provincia	via, n
e-mail		tel casa / lavoro	cell
documento di riconoscimento	tipo (C.I., patente, ecc.)	numero	rilasciato da, data rilascio

CHIEDONO L'ISCRIZIONE DELL'ALUNNO/A

	cognome		nome
nato/a a	comune / CAP o Stato estero	provincia	cittadinanza
il (giorno mese anno)		CF	
residenza	comune / CAP	provincia	via, n
domicilio (se diverso dalla residenza)	comune / CAP	provincia	via, n

Seconda lingua comunitaria richiesta: Spagnolo ☐ Inglese potenziato ☐

L'ALUNNO PROVIENE DALLA SCUOLA PRIMARIA _____

[1] *Nel caso di genitore con affidamento esclusivo o tutore, allegare il relativo Provvedimento del Tribunale*

INFORMAZIONI SULL'ALUNNO/A

Alunno/a con disabilità certificate[2] (Legge 104/1992)	si	no	Alunno con bisogni educativi certificati[2] (Legge 170/2010, DM 27/12/2012)	si	no

Adempimenti vaccinali	☐	in regola con gli obblighi vaccinali (allegare libretto vaccinale o giustificazione di esonero o differimento a cura dell'ASL/medico curante)
	☐	in fase di regolarizzazione (allegare formale richiesta di vaccinazione)
	☐	non in regola con gli obblighi vaccinali

Patologie, intolleranze, allergie o informazioni circa la salute dell'alunno/a di cui la scuola deve essere messa a conoscenza:

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

(non riportare i dati già inseriti nelle precedenti schede)

Cognome	*Nome*	*Data nascita*	*Prov. nascita*	*Comune nascita*	*grado parentela*

I richiedenti in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

DICHIARANO

- ✓ di essere a conoscenza che la scuola è gestita dalla Cooperativa Sociale Cultura e Valori
- ✓ di accogliere il PTOF, il Regolamento ed i documenti della Scuola
- ✓ di essere a conoscenza che nella scuola l'insegnamento della Religione Cattolica fa parte del piano di studi come esposto nel Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF)
- ✓ che si impegnano a pagare le somme previste, ed in particolare:
  - quota di iscrizione annua pari a 200,00 € (comprensivi di 20.00 € per l'iscrizione ad AGeSC – Associazione Genitori Scuole Cattoliche). Nel caso in cui il ragazzo non dovesse più frequentare l'anno scolastico, la quota di iscrizione non verrà restituita.
  - retta annuale di frequenza scolastica pari a 3.200 ,00 €
  - costi relativi alle attività extrascolastiche e/o ulteriori servizi come meglio specificato negli allegati e altre spese accessorie relative all'attività didattica previste dal PTOF
- ✓ di obbligarsi, in solido tra loro, al pagamento in favore della Cooperativa Cultura e Valori delle rette e di tutti gli importi relativi alla frequentazione da parte del proprio figlio/a.
- ✓ di prendere atto che la fattura delle rette verrà intestata al bambino iscritto

- ✓ **I pagamenti vanno intestati a:**
  COOPERATIVA SOCIALE CULTURA E VALORI - Unicredit spa – via Garibaldi 1 – 37121 Verona. IBAN: IT 67 U 02008 11770 000005539686. Nella causale di versamento indicare chiaramente i dati dell'alunno e la scuola di iscrizione. Inviare distinta di bonifico a segreteria@scuolaparitariaprovolo.it – tel. 045/563127

[2] *Allegare alla presente domanda copia della certificazione*

CHIEDONO

☐ IL SERVIZIO DI DOPOSCUOLA/STUDIO ASSISTITO, dal martedì al venerdì dalle 14.00 alle 16.00 – Il servizio è incluso nel costo retta

☐ IL SERVIZIO MENSA:
☐ continuativo tutti i giorni dell'anno al costo di euro 900,00 annui, da versare contestualmente alla retta, in rate mensili;
☐ saltuario, tramite acquisto in Segreteria di buoni pasto di euro 5,00;
☐ non si necessita di servizio mensa perché verrà portato il pasto da casa.

☐ IL SERVIZIO DI TRASPORTO: importo complessivo annuo tratta singola (solo andata/solo ritorno): euro 700,00 – importo complessivo servizio A/R: euro 1.200 da versare contestualmente alla retta, in rate mensili.

AUTORIZZANO

Le uscite didattiche sul territorio di Verona e provincia effettuate previo avviso sul libretto personale e/o altro mezzo.

LETTA L'ALLEGATA INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/16 (GDPR) IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ALLEGATA ALLA PRESENTE DOMANDA DI ISCRIZIONE, PRESTANO IL CONSENSO:

(barrare si o no)

a) All'acquisizione e all'utilizzo di *Dati Multimediali* (materiale fotografico e/o audiovisivo) per la realizzazione di foto e/o album ricordo, anche di gruppo, diretti alle famiglie degli alunni per documentare il servizio educativo offerto	Si	No
b) Al trattamento dei dati personali particolari presenti in questa domanda di iscrizione (questo consenso è obbligatorio per l'esecuzione del servizio erogato dalla Cooperativa)	Si	No

firma leggibile di **entrambi i genitori**

1. _____ 2. _____

Oppure

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore: _____

Elenco degli allegati:

i. informativa privacy
ii. attività extra scolastiche e/o ulteriori servizi
iii. autorizzazione uscita autonoma da scuola per inferiori 14 anni
iv. modulo diete speciali

La presente domanda di iscrizione dev'essere consegnata alla Segreteria scolastica assieme alla distinta di versamento tramite bonifico della quota di iscrizione e allegando fotocopia documenti di identità.

Mail: segreteria@scuolaparitariaprovolo.it - tel. 045/563127

Luogo, data _____