

**MICRONIDO L'AQUILONE
MEGLIADINO SAN VITALE (PD)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO EDUCATIVO
MICRONIDO L'AQUILONE DI MEGLIADINO SAN VITALE
per L'ANNO ED 20___/20___**

Il/la sottoscritto/a cognome nome.....
nato/a a(....) il
codice fiscale cittadinanza
residente a (...) in via n.
recapito telefonico /
Indirizzo mail.....

Il/la sottoscritto/a cognome nome.....
nato/a a(....) il
codice fiscale cittadinanza
residente a (...) in via n.
recapito telefonico /
Indirizzo mail.....

ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ SUL MINORE

cognome nome
nato a(....) il.....
cittadinanza codice fiscale
residente a (...) in via n.

**MICRONIDO L'AQUILONE
MEGLIADINO SAN VITALE (PD)**

- consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445;
- consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76, comma 1, D.P.R. 445/2000);
- consapevole che il dichiarante, fermo restando quanto previsto dal suindicato art. 76, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati dall'Amministrazione ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione;
- consapevole che la non completa indicazione di quanto richiesto in ciascuna sezione comporta l'esclusione dal servizio.

CHIEDONO

l'ammissione al servizio denominato micronido "L'aquilone"

con decorrenza da _____ fino al termine previsto di _____.

Orario richiesto in base all' apertura del servizio (**barrare preferenza**)

- Orario part time (7.30-9.00/12.30-13.00)
- Orario full time (7.30-9.00/16.00-17.00)

Il/la bambino/a dovrà essere accompagnato nei giorni previsti e puntualmente consegnato direttamente alle Educatrici presenti nel servizio e altrettanto puntualmente dovrà essere prelevato esclusivamente dalla/o stesso/a richiedente, sempre che quest'ultimo/a non abbia specificato nello specifico modulo di DELEGA, la possibilità di riconsegna del bambino/a a persone diverse, maggiorenni ed autorizzate.

La retta mensile dovuta dovrà essere versata anticipatamente entro il giorno 10 di ogni mese in corso a mezzo di **bonifico bancario** a COOPERATIVA SOCIALE BLU

IBAN: IT28X0306909606100000078511

causale del versamento: quota di iscrizione micronido di Megliadino San Vitale e nome e cognome del bambino e mese di frequenza.

Indicare il nome del genitore intestatario della fattura _____

**MICRONIDO L'AQUILONE
MEGLIADINO SAN VITALE (PD)**

Il servizio è a tempo determinato ed il pagamento dell'ultima mensilità e l'avvenuto pagamento delle mensilità precedenti ne conclude l'efficacia.

Documentazione da inviare **DOPO aver ricevuto la conferma** dell'avvenuta iscrizione:

- a) Certificato di vaccinazione o autodichiarazione
- b) Certificazioni sanitarie (condizioni di disabilità, malattie, allergie, etc)
- c) Attestazione del versamento della quota di iscrizione

Data

Firma del genitore

Firma del genitore