



INSIEME A TE  
IL TUO BAMBINO CI STA A CUORE

# DOMANDA DI AMMISSIONE

## Anno educativo 2020/2021

Da inviare a [insiemeate@aribandus.com](mailto:insiemeate@aribandus.com)

Ai fini dell'iscrizione alle attività previste dal progetto INSIEME A TE, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dichiara:

### DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

IL SOTTOSCRITTO/A:  NATO/A A:  IL   
NAZIONE:  CITTADINANZA  C.FISCALE   
RESIDENTE A:  PROV.  INDIRIZZO:  N°

### DATI DI CONTATTO

TEL  CELL  EMAIL

### TITOLO DI STUDIO

TERZA MEDIA  MATURITA'  LAUREA TRIENNALE  ALTRO

LAUREA MAGISTRALE/VECCHIO ORDINAMENTO

### OCCUPAZIONE

TEMPO PIENO  PART TIME  DISOCCUPATO/A ISCRITTO/A CENTRO IMPIEGO  NON OCCUPATO/A

*comunica inoltre i dati relativi all'altro genitore*

### DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME:  NATO/A A:  IL   
NAZIONE:  CITTADINANZA  C.FISCALE   
RESIDENTE A:  PROV.  INDIRIZZO:  N°

### OCCUPAZIONE

TEMPO PIENO  PART TIME  DISOCCUPATO/A ISCRITTO/A CENTRO IMPIEGO  NON OCCUPATO/A

### IL/LA RICHIEDENTE IN QUALITÀ DI

MADRE  PADRE  TUTORE  AFFIDATARIO/A

### CHIEDE

AMMISSIONI  RINNOVO - N° CARD

## PER

### DATI ANAGRAFICI DEL/LA FIGLIO/A

NOME E COGNOME:  NATO/A A:  IL  ETÀ   
NAZIONE:  CITTADINANZA  C.FISCALE   
RESIDENTE A:  PROV.  INDIRIZZO:  N°

### SITUAZIONE ECONOMICA

VALORE ISEE <12.000 EURO       VALORE ISEE >12.000 EURO       NON si avvale dell'attestazione ISEE

### NUCLEO FAMILIARE

famiglia monogenitoriale

Famiglia seguita dai Servizi Sociali INDICARE NOME ASS. SOC.

Indicare eventuali altri figli in famiglia:

1 nato il   2 nato il   3 nato il   4 nato il   5 nato il

### ULTERIORI DATI INFORMATIVI SUL/LA BAMBINO/A

è portatore di disabilità certificata

NON è ISCRITTO AL NIDO       è ISCRITTO AL NIDO A PARTIRE DA

NON è ISCRITTO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA       è ISCRITTO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA A PARTIRE DA

### SERVIZI EDUCATIVI AI QUALI SI è INTERESSATI :

L'iscrizione ai singoli servizi dovrà essere **successivamente formalizzata tramite MODULO ONLINE e completata con le AUTODICHIARAZIONI CHE LE NORMATIVE ANTI-CONTAGIO DA COVID-19 RICHIEDONO.**

HOME VISITING (0/9 mesi)       SPAZIO BEBE' (0/11 mesi)  
 GIROTONDO (12/36 mesi)       MEDIAZIONE CULTURALE (0/36 mesi)

### DICHIARA INOLTRE:

- di voler ricevere la NEWSLETTER mensile IAT con il programma delle attività educative e formative;
- che il minore di cui si chiede l'iscrizione è in regola con gli obblighi vaccinali così come previsti dalla normativa vigente;
- di aver preso visione e accettare l'INFORMATIVA SULLA PRIVACY
- di aver letto, compreso e di accettare le LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIAPERTURA DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA
- di aver letto e di accettare quanto riportato nella SCHEDA INFORMATIVA IAT

Data  (firma leggibile) \_\_\_\_\_

(Allegare copia del documento di Identità in corso di validità)

### RISERVATO ALLA SEGRETERIA:

Card IAT n° \_\_\_\_\_  
Rilasciata nell'anno educativo \_\_\_\_\_