



SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA - CO1A13600N  
ASILO INFANTILE di Albese con Cassano  
P.zza Motta, 7  
22032 Albese con Cassano CO  
telefono 031.426316  
mail [info@asiloalbese.it](mailto:info@asiloalbese.it)

**Domanda di iscrizione alla Scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico 2024/2025**

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_ padre / madre

del bambino (cognome e nome) \_\_\_\_\_

chiede l'iscrizione del/la proprio/a figlio/a alla scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico 2024-2025

**DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
PROV. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
CITTADINANZA ITALIANA : SI'  NO  (indicare la cittadinanza) \_\_\_\_\_  
SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE OBBLIGATORIA : SI'  NO   
(allegare attestazione vaccinazioni in regola ASST)

**DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
PROV. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
PROV. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**INDICARE IL NOME DEL GENITORE A CUI INTESARE LE RICEVUTE E CHE USUFUIRA' DELLA DETRAZIONE**

**FISCALE** \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI FRATELLI - SORELLE**

(cognome e nome) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

ALTRE PERSONE CHE SI OCCUPANO DEL/LA BAMBINO/A

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLERGIE ALIMENTARI

\_\_\_\_\_

MEDICINE SALVA VITA

\_\_\_\_\_

**RECAPITI PER EMERGENZE E COMUNICAZIONI**

Papà (lavoro, cellulare ...) \_\_\_\_\_

Mamma (lavoro, cellulare ...) \_\_\_\_\_

Altri recapiti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

IL /LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE DEL/LA BAMBINO/A \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto l' informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento UEn.2016/679 (in seguito "GDPR") dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.

Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative della scuola – compreso l'insegnamento della Religione Cattolica – e di approvare il progetto educativo

Dichiaro di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno della scuola 2024/2025

Dichiaro che i dati riportati nel seguente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 445/2000

Si desidera pagare il contributo mensile:

tramite bonifico bancario/postale

tramite bollettino postale

Albese con Cassano, \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_