



RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

I sottoscritti _____
in qualità di _____
del/della bambino/a _____
nato/a a _____ il _____
con cittadinanza: italiana _____ e di religione _____

CHIEDE PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025:

il rinnovo di iscrizione del/della proprio/a figlio/a al _____ anno della Scuola dell'Infanzia:

- "S.Maria" - Via Dala Gesa 319, Livigno
- "S.Rocco" - Via Saroch 869, Livigno
- "S.Anna" - Piazza Don Parenti 27, Livigno-Trepalle

DICHIARA DI:

- non aver presentato domanda di iscrizione presso un'altra Direzione Didattica;
- essere a conoscenza del regolamento della Scuola dell'Infanzia e di accettarne i contenuti;
- essere a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/2003 - (UE) 2016/679 (l'informativa è presente sul sito della scuola) e dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate;
- essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della nostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.);
- autorizzare la partecipazione del minore alle uscite educative- didattiche;
- che i dati riportati nel presente modulo di rinnovo iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 - 47 - 75 - 76 del D.P.R 445/2000
- essere consapevole della responsabilità penale che si assume per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio.
- Di essere in regola con gli adempimenti vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.199/2017. Il mancato assolvimento comporta la decadenza dell'iscrizione.

Livigno, _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____

CONFERMA DATI - SI CHIEDE DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE. GRAZIE.

MAMMA _____ PAPÀ _____ STATO CIVILE _____

FRATELLI/SORELLE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

NUMERI TELEFONICI DA CONTATTARE in caso di bisogno _____

INDIRIZZO EMAIL _____

ALLERGIE/INTOLLERANZE _____

ALTRE INFORMAZIONI _____

IN CASO DI CAMBIO BANCA, RICORDATEVI DI COMUNICARE IL NUOVO IBAN PER L'ADDEBITO DELLA RETTA

ATTO DI DELEGA AL RITIRO DEL PROPRIO FIGLIO DALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

I sottoscritti _____

in qualità di _____,

del/della bambino/a _____

iscritto/a alla Scuola dell'Infanzia "S.Maria" "S.Rocco" "S.Anna" di Livigno/Trepalle,

per l'anno scolastico _____/_____

delegano le seguenti persone a ritirare proprio figlio/a da scuola

quando impossibilitato a venire di persona:

N.B. Al ritiro non può essere delegata persona minore di 18 anni.

<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>Rapporto di parentela o di conoscenza</i>

- **Si specifica che la responsabilità della scuola cessa dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata.**
- **Con la presente dichiarazione si solleva la Scuola dell'Infanzia da ogni responsabilità civile o penale per eventuali incidenti.**

La presente delega è valida fino al successivo anno scolastico.

Livigno, _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____

AGGIORNAMENTO DELEGA DI RITIRO (da compilare in caso di nuove persone delegate durante l'anno)

<i>Nome e cognome del delegato</i>	<i>Rapporto di parentela o conoscenza</i>	<i>Data di aggiornamento delega</i>	<i>Firma della madre</i>	<i>Firma del padre</i>

L'elenco delle persone autorizzate al ritiro del figlio potrà essere aggiornato in qualsiasi momento mediante mail scritta a infanzialivigno@gmail.com e aggiornamento del seguente documento.

IL PRESENTE MODULO VA CONSEGNATO A SCUOLA ENTRO IL 10 FEBBRAIO 2024.

**LA QUOTA DI RINNOVO ISCRIZIONE DI EURO 70 VERRÀ
ADDEBITATA TRAMITE SDD CON LA MENSILITÀ DI FEBBRAIO.**