



O.D.P.F. Istituto Gavina

Via Fossa, 15 - 27049 Stradella (PV)

Tel. 0385 49956 email: istitutogavina@gavinaodpf.it

Domanda di iscrizione per l'A.S. 2025/26 - Scuola dell'Infanzia

I sottoscritti genitori del/della
bambino/a

CHIEDONO

per il figlio/la figlia l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia dell'O.D.P.F. ISTITUTO GAVINA per l'anno scolastico 2025/26

Fascia oraria scelta:

fascia base fino alle ore 16,30 retta mensilizzata € 210,00 + buono pasto

fascia lunga fino alle ore 18,00 retta mensilizzata € 240,00 + buono pasto

Il costo del pasto, cucinato in loco, è separato dalla retta mensilizzata e determinato in € 5,00 al giorno comprensivo dello spuntino al mattino e della merenda pomeridiana.

N.B.

- **l'iscrizione prevede il versamento di una quota di € 200,00 NON RIMBORSABILE (comprensiva del materiale didattico e di consumo che sarà utilizzato durante l'anno e della quota assicurativa);**
- **l'anno scolastico inizia a settembre e termina il giugno successivo, la RETTA E' ANNUALE, viene suddivisa in 10 rate mensilizzate, da pagare entro il giorno 10 di ogni mese;**
- **LE ASSENZE NON DETERMINANO SCONTI SULLA RETTA, fatto salvo il ritiro dalla scuola. Nel caso di frequenza di più figli è possibile uno sconto del 20% sulla retta del figlio minore;**
- **i pagamenti devono avvenire tramite Bonifico Bancario Banca PopSo IBAN IT77U0569656400000002602X05 o in Segreteria tramite POS**

A conoscenza del diritto, riconosciuto dallo Stato, della libera scelta dell'insegnamento della Religione Cattolica (art. 9 comma 2 del Concordato 18 febbraio 1984 ratificato con legge 25.03.1985),

CHIEDONO che il/la proprio figlio/a possa

avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica: **si** **no** (possibilità di fruire di attività formative diverse da concordare con il Coordinatore Didattico)

DICHIARANO

1. i dati personali dell'iscritto:

cognome e nome

luogo e data di nascita

cittadinanza codice fiscale

residenza o domicilio(prov.....)

tel.

E.mail:.....



O.D.P.F. Istituto Gavina

Via Fossa, 15 - 27049 Stradella (PV)

Tel. 0385 49956 email: istitutogavina@gavinaodpf.it

E' stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie:

sì

no

(E' obbligatorio consegnare la certificazione)

Presenta allergie o intolleranze ad alimenti specifici:

sì

no

(Se sì, presentare la relativa documentazione)

2. la composizione della propria famiglia convivente:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Professione

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, DICHIARANO di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

I sottoscritti DICHIARANO di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione nel rispetto delle normative sulla Privacy (GDPR 2016/679 e D. Lgs. n. 196/03 con modifiche apportate dal D. Lgs. 101/18).

Firma di autocertificazione (padre/tutore)

Firma di autocertificazione (madre/tutore)

Data: _____

Data: _____

È richiesta la firma di entrambi i genitori

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, a firma dell'**affidatario**, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido.

In questo caso, il genitore affidatario autorizza la scuola ad effettuare le comunicazioni più rilevanti, relative all'allievo, ad entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

ALLEGARE:

- Copia Carta di Identità di padre e madre (/tutore)

- Copia Codice Fiscale padre e madre (/tutore)

- Copia Codice Fiscale bambino iscritto