



COMUNE DI TRECASTAGNI
Provincia di Catania
Piazza Marconi - 95039 Trecastagni
www.comune.trecastagni.ct.it
tel. 095/7020011 -- fax 095/7020004

**ASILO NIDO COMUNALE DI TRECASTAGNI
"CHIARA LUBICH"**

VIA LEONARDO DA VINCI N° 19 Tel. 0957807545
95030 Trecastagni (CT)

Spett.le Comitato di Gestione
Dell'Asilo Nido Comunale "Chiara Lubich"

I sottoscritto _____ nato a _____
il _____ domiciliato a _____ via _____ n° _____
Nella sua qualità di genitore del minore _____
Nato a _____ il _____ di sesso _____
Di nazionalità _____

CHIEDE

Che detto figlio venga ammesso alla frequenza di Codesto Asilo per l'Anno scolastico 20__ / 20__
A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 5 del DPR 28.12.2000 n° 445

DICHIARA

- 1) Essere residente nel Comune di _____;
- 2) Di aver sottoposto detto minore alle vaccinazioni previste per legge, relative all'età del minore, presso il servizio di igiene pubblica, Ufficio periferico di _____;
- 3) Che il medico pediatra del figlio è il dott. _____ Tel. _____
Con ambulatorio sito in _____ via _____ n° _____;

Si impegna infine a corrispondere la quota mensile per tutti i mesi dell'anno scolastico sopradetto anche in caso di assenza prolungata e di accettare tutte le disposizioni che saranno emanate per il funzionamento dell'Ente.

Telefono n° _____ Altro recapito telefonico n° _____

Si allega fotocopia carta di identità, copia mod. ISEE e copia del libretto di vaccinazione.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Ente può utilizzare i dati contenuti nella presente esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.lgs 196/2003 "Tutela della Privacy" Regolamento Europeo U.E. 2016/679)

Trecastagni li _____

Firma