

ISCRIZIONE AL SERVIZIO "FUORICLASSE... PER UN INIZIO DA URLO!" 14 - 18 SETTEMBRE 2026

NOME E COGNOME DEL GENITORE

RESIDENTE A

VIA

N.

TELEFONO

MAIL

CODICE FISCALE

IN QUALITA' DI GENITORE DI:

NATO/A IL

RESIDENTE A

VIA

N.

ISCRITTO/A PER L'ANNO 2026/2027 ALLA CLASSE:

SEZIONE:

PLESSO:

☐ CAROLI

☐ DON MINZONI

DICHIARO DI:

- ☐ AVER PRESO VISIONE DEL DOCUMENTO "LINEE GUIDA" E ACCETTARE TUTTE LE CONDIZIONI INDICATE
- ☐ AVER PROVVEDUTO ALL'ISCRIZIONE DI MIO FIGLIO/A AL SERVIZIO MENSA
- ☐ BENEFICIARE DELLO SCONTO FRATELLI/SORELLE (IN CASO DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI PIU' FIGLI). INDICARE I NOMI DEGLI ALTRI FIGLI ISCRITTI AL SERVIZIO:



DICHIARO INOLTRE:

- ☐ CHE UN GENITORE ATTENDERÀ PERSONALMENTE IL MINORE ALL'USCITA DA SCUOLA AL TERMINE DELL'ORARIO DEL SERVIZIO
- ☐ DI AUTORIZZARE L'USCITA AUTONOMA DEL PROPRIO/A FIGLIO/A DAI LOCALI SCOLASTICI AL TERMINE DELL'ORARIO DEL SERVIZIO
- ☐ DI DELEGARE LE PERSONE SOTTO RIPORTATE AL RITIRO DELL'ALUNNO/A AL TERMINE DEL SERVIZIO, LIBERANDO LA SCUOLA, L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE E L'OPERATORE ADDETTO AL SERVIZIO, DA RESPONSABILITÀ NELLA CUSTODIA DEL MINORE SE AFFIDATO AD UNA DELLE SEGUENTI PERSONE MAGGIORENNI:

COGNOME NOME

CELLULARE

PARENTELA

- ☐ DI IMPEGNARMI A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE AL COMUNE QUALSIASI VARIAZIONE RISPETTO A QUANTO QUI DICHIARATO

AI FINI DELLA FORMAZIONE DI UN'EVENTUALE LISTA D'ATTESA DICHIARO CHE IL MIO NUCLEO FAMILIARE HA LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

- ☐ NUCLEO MONOGENITORIALE
- ☐ NUCLEO CON PRESENZA DI ENTRAMBI I GENITORI OCCUPATI
- ☐ PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI UN COMPONENTE MINORENNE AFFETTO DA DISABILITÀ GRAVE, ACCERTATA AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992 OVVERO BENEFICIARIO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO, DI CUI ALLA LEGGE N. 18/1980 E SUCCESSIVE MODIFICHE/INTEGRAZIONI CON LEGGE N. 508/1988;

ALLEGARE:

- ☐ Copia carta d'identità del genitore

FIRMA:

RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO "FUORICLASSE... PER UN INIZIO DA URLO!" 14 - 18 SETTEMBRE 2026

	TARiffe	
RESIDENTI	TARIFFA SETTIMANALE PRIMARIA CAROLI E DON MINZONI SCONTO FRATELLI: 10% SU OGNI FIGLIO SUCCESSIVO AL PRIMO, APPLICATO ALLA TARIFFA SETTIMANALE.	EURO 54
NON RESIDENTI	TARIFFA SETTIMANALE PRIMARIA CAROLI E DON MINZONI	EURO 60



AL SERVIZIO DEVE ESSERE AGGIUNTO IL COSTO DEI PASTI USUFRUITI



IL COSTO DEL PASTO VERRA' ADDEBITATO SECONDO LE MODALITA SCELTE IN SEDE DI
ISCRIZIONE AL SERVIZIO



IN CASO DI ASSENZA IN UNO DEI GIORNI, IL COSTO DEL PASTO NON VERRA'
ADDEBITATO



LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE VERRA' INVIATA
A SEGUITO DI RAGGIUNGIMENTO DEI POSTI MINIMI PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO.



SUCCESSIVAMENTE ALL'AVVENUTA CONFERMA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO VERRA'
RICHIESTO IL VERSAMENTO DELLA TARIFFA