



DOMANDA D'ISCRIZIONE N° del

CENTRO DIURNO ESTIVO 2026 – INFANZIA

(PER GLI ALUNNI CHE HANNO FREQUENTATO LA SCUOLA DELL'INFANZIA NELL'A.S. 2025-2026)

SCUOLA DELL' INFANZIA: SCUOLA "DEI MILLE" di via DEI MILLE, 27 - BUCCINASCO

Il/La sottoscritto/a..... residente a
(genitore o chi ne fa le veci)

in viaC.F.....e-mail.....

CHIEDE L'ISCRIZIONE

del proprio figlio/a nato/a il

iscritto/a per l'anno scolastico **2025/2026**: classe sez. scuola.....

per i periodi sotto indicati e con applicazione della tariffa relativa alla **fascia ISEE** di appartenenza:

Scuola Dell'Infanzia Turno settimanale non frazionabile	TARIFFE PER FASCIA DI REDDITO ISEE			
	da 0 a € 8.000,00	da € 8.000,01 a € 12.000,00	da € 12.000,01 a € 16.000,00	oltre € 16.000,00
dal 06 luglio al 10 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 13 luglio al 17 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 20 luglio al 24 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 27 luglio al 31 luglio	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 03 agosto al 07 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 10 agosto al 14 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 17 agosto al 21 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00
dal 24 agosto al 28 agosto	€ 25,00	€ 50,00	€ 70,00	€ 100,00

con frequenza prevista (segnare l'orario prescelto):

Entrata: ☐ 7.30 - 8.00 ☐ 8.00-8.30 ☐ 8.30-9.00

Uscita: ☐ 16.30 – 17.00 ☐ 17.00 -17.30 ☐ 17.30 -18.00

Solo per i disabili certificati: ☐ uscita ore 13:30 con riduzione del 30% della tariffa settimanale
(l'uscita deve riguardare l'intero turno settimanale richiesto).

Pag. 1/2.





recapito dei genitori durante l'orario di attività: **madre** tel.....cell.....

padre tel..... cell..... **Altri numeri utili**

chiedo che mio figlio/a sia insieme a.....

DICHIARA

1) CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NECESSITA DI SEGUIRE UNA DIETA SPECIALE

SI **NO** ☐ ☐

(se SI, menù a tendina: DIETA SANITARIA / DIETA RELIGIOSA)

In caso di DIETA SANITARIA sarà obbligatorio allegare CERTIFICATO MEDICO

(es. allergie, intolleranze, farmaco, salvavita ecc.,.....)

.....

2) CHE IL PROPRIO FIGLIO/A HA USUFRUITO DURANTE L'ANNO SCOLASTICO **2025-2026**
DELL'ASSISTENZA EDUCATIVA COMUNALE PER DISABILITA' CERTIFICATA ☐ **SI** ☐ **NO**

(la mancata segnalazione di cui al punto 2 comporterà il **non accoglimento** della domanda)

☐ DI AVERE UN REDDITO **ISEE** di €RISULTANTE DALLA DSU **IN CORSO**

DI VALIDITA', numero di protocollo INPS-ISEE

C.F. del richiedente la DSU

☐ DI APPARTENERE ALLA FASCIA MASSIMA DI REDDITO

☐ DI AVER PRESO VISIONE DELLA NOTA INFORMATIVA CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI ANNO 2026.

L'importo da pagare è di €

Il sottoscritto, con riferimento all'art.13 del Regolamento (UE)2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modulo verranno trattati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, tali dati verranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune o dei soggetti esterni espressamente nominati come responsabili del trattamento.(Decreto Legislativo n.196/2003 e successive modificazioni, come previsto dalla legge sulla privacy).

Titolare del trattamento è il Comune di Buccinasco avente sede in Via Roma n. 2 – ed Il Melograno Società Cooperativa Sociale a.r.l. avente sede via Giovanni Pascoli n.17 20090 Segrate (Mi)

▪ **Autorizza** qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda.

firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data,