

Alla Direzione della Scuola dell'Infanzia Paritaria Santa Marta – Casa Betania

Via Paganico,29 - 00049 Velletri (RM) ☎ 069620055 Fax 069620055

P.IVA 01067681005 C.F. 02510770585 Cod. Mecc. RM1A596005

✉ info@santamartavelletri.it ✉ santamartavelletri@pec.it - 🌐 www.santamartavelletri.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DOPOSCUOLA

per l'anno scolastico 2026/2027

Il/la sottoscritto/a	in qualità di	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutore
----------------------	---------------	---

SEZ 1	DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A		
Cognome	Nome		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
data di nascita	comune di nascita		Prov.
stato di nascita		cittadinanza	
comune di residenza		Prov.	Cap:
indirizzo di residenza	In via		Nr.
Indicare la scuola Primaria frequentante:			
CLASSE 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/>			

SEZ 2A	DATI ANAGRAFICI DEL PADRE		
Cognome	Nome		
data di nascita	comune di nascita		Prov.
stato di nascita	cittadinanza	stato civile	
risiede anagraficamente con la bambina/o <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
se no	comune di residenza		Prov.
	indirizzo residenza	In via	Nr.
Tel. Casa		Tel. Lavoro	Cell.
e-mail:			

SEZ 2B	DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE		
Cognome	Nome		
data di nascita	comune di nascita		Prov.
stato di nascita	cittadinanza	stato civile	
risiede anagraficamente con la bambina o il bambino <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
se no	comune di residenza		Prov.
	indirizzo residenza	In via	Nr.
Tel. Casa		Tel. Lavoro	Cell.
e-mail:			

SEZ 3C		ALTRA PERSONA CHE ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE			
relazione con bambina/o		<input type="checkbox"/> PERSONA AFFIDATARIA		<input type="checkbox"/> PERSONA TUTTRICE	
Cognome			Nome		
data di nascita		comune di nascita		Prov.	
stato di nascita		cittadinanza		stato civile	
risiede anagraficamente con la bambina o il bambino		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
se no	comune di residenza		Prov.		Cap:
	indirizzo residenza	In via		Nr.	
Tel. Casa		Tel. Lavoro		Cell.	
e-mail:					
INFORMAZIONI SANITARIE - In caso positivo consegnare in direzione il certificato medico					
Il bambino o la bambina per cui si presenta domanda ha una disabilità?			<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie?			<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
soffre di patologie importanti?			<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Se sì, indicare quali:					
soffre di allergie di tipo respiratorio?			<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Se sì, indicare quali:					
soffre di allergie di tipo alimentari?			<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Se sì, indicare quali:					
Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che					
<ol style="list-style-type: none"> Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n.445/2000 I trattamenti dei dati personali raccolti con il presente modulo rientrano tra quelli descritti nell'informativa del Regolamento Europeo 2016/679 che vi è stata consegnata al momento dell'iscrizione. (allegato A) Firma di autocertificazione (leggi 127/97 15/98, 113/98) da sottoscrivere al momento della domanda alla direzione Nel caso di genitori separati / divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr.155 del C.C. modificato dalla Legge 8-2-06, n.54) Per quanto riguarda la quota di conferma posto si fa riferimento all'art.1386 del codice civile. 					
Il sottoscritto dichiara espressamente di aver preso visione di tutte le disposizioni relative all'ammissione, gli orari, ai costi ed alla modalità di pagamento contenute nella Circolare della Direzione nr° 2 del 17 novembre 2025					
Velletri, ___/___/_____					
Firma padre _____			Firma madre _____		
ALLEGARE ALLA DOMANDA SOLO IN CASO DI 1° ISCRIZIONE O IN CASO DI DOCUMENTI NON PIÙ IN CORSO DI VALIDITÀ, PRESENTATI NELLA PRECEDENTE DOMANDA DI ISCRIZIONE.					
<ul style="list-style-type: none"> COPIA DEI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ CODICE FISCALE DEI GENITORI E DEL BAMBINO/A 					

RISERVATO ALLA DIREZIONE

La presente domanda di iscrizione è stata presentata in data ___/___/_____

1° ISCRIZIONE - € 150,00 ricevuti in data ___/___/_____ Bonifico Assegno Contanti

CONFERMA ISCRIZIONE - € 100,00 ricevuti in data ___/___/_____ Bonifico Assegno Contanti

Firma _____