



Servizio di Supporto alla Scuola OVIDIO
Domanda di iscrizione al Servizio di Pre e Post-scuola
per l'anno scolastico 2017/2018

Il sottoscritto genitore.....

dell'alunno.....

Codice Fiscale (dell'alunno) I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Nato/_a.....prov.....il.....

abitante a.....via.....n°.....

(prov.)..... C.A.P..... tel/ cell. mail

iscritto alla classe..... sez.

Scuola OVIDIO (* mettere **X**) S. dell'infanzia S. Primaria S. Secondaria

CHIEDE L'ISCRIZIONE AI SEGUENTI SERVIZI (*)

I _ I **Servizio Pre scuola** I _ I entrata dalle h. 7.30

I _ I **Servizio Post scuola pomeridiano:** I _ I uscita h. 14.00 **LUN- MART-MERC-GIOV- VEN (barrare)**

I _ I **Servizio Post scuola pomeridiano:** I _ I uscita h. 17.30 I _ I uscita h. 18.00

I _ I **riunioni bimestrali scolastiche:** I _ I uscita 18,30 alle 19,00

Il sottoscritto si impegna a corrispondere le quote di contribuzione entro e non oltre il giorno 10 di ogni mese per l'anno scolastico 2016/2017 sono le seguenti:

ISCRIZIONE E ASSICURAZIONE 5 € ANNUE CONTRIBUTO PARTECIPATIVO

€ 16,00 mensili per il Servizio Pre - Scuola

€ 5 riunione scolastica per non iscritti (dalle ore 16,30 alle 18,30) + **1€** dopo le 18,30 per iscritti **1€ (16,30-17,30)**

€18, 00 mensili per il Servizio Post – scuola oppure 22,00€ fino alle ore 18.00

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n°445 e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445.

data.....

Il Richiedente.....

(*) **N.B. E' possibile scegliere uno, due o tutti i servizi indicati barrando**

*Sede Legale: Via Cesare Balbo, 35 – 00184 Roma cell. 3335006377 fax 0655281801
codice fiscale 97853410583, mail - info.asaconlus@gmail.com*