



**COMUNE DI MONTALE**  
Provincia di Pistoia



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI EDUCATIVI COMUNALI  
PER L'ANNO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

- Ammissione

**SERVIZI RISERVATI ALL'ADOLESCENZA:**

***Centro Infanzia Adolescenza Famiglia “ Centro Gulliver ”***

- Spazio studio 15.00 -17.00
- Laboratori ludici “CREATIVI” E “SPECIALI” 17.00-18.30/19.00

**GIORNI DI FREQUENZA DEL RAGAZZO/A AL SERVIZIO EDUCATIVO SCELTO**

lunedì                       martedì                       mercoledì                       giovedì                       venerdì

**Notizie che il genitore desidera fornire per l'iscrizione**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi**

**IL/ LA SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_

**GENITORE DI** \_\_\_\_\_

# DICHIARA

## INFORMAZIONE RAGAZZO/A

Nome.....Cognome.....Sesso F  M   
Data di nascita |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
Comune o Stato estero di nascita.....  
Cittadinanza.....Comune di residenza.....  
Via/piazza.....n°.....CAP.....Provincia.....  
Tel 1)..... 2)..... 3).....  
Presenza documentabile di handicap Sì  No

## INFORMAZIONE MADRE

Nome.....Cognome.....  
Data di nascita |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
Comune o Stato estero di nascita.....  
Cittadinanza.....Comune di residenza.....  
Via/piazza.....n°.....CAP.....Provincia.....  
Tel 1)..... 2)..... 3).....  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Presenza documentabile di handicap Sì  No

## INFORMAZIONE PADRE

Nome.....Cognome.....  
Data di nascita |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
Comune o Stato estero di nascita.....  
Cittadinanza.....Comune di residenza.....  
Via/piazza.....n°.....CAP.....Provincia.....  
Tel 1)..... 2)..... 3).....  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Presenza documentabile di handicap Sì  No

- Il/la sottoscritto/a autorizza a riprendere il ragazzo/a:  
Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_
  
- Il/la sottoscritto/a autorizza il ragazzo/a:  
O entrare / O uscire da solo al/dal **C.I.A.F. “Centro Gulliver”**  
O a piedi O in bicicletta

## NOTA IMPORTANTE:

**Si comunica che ogni variazione o integrazione rispetto ai dati forniti dovrà essere comunicata e documentata in tempo utile (31 MARZO) al fine di permettere al Servizio Funzionale n°5 di apportare le dovute modifiche per l'attribuzione o meno dei punteggi necessari alla formulazione della graduatoria di ammissione.**

**Il sottoscritto, in caso di accoglimento della presente domanda, si impegna a versare il contributo sul costo del servizio nella misura e con le modalità stabilite dal regolamento di gestione del servizio scelto.**

Informativa ai sensi del D.Leg. 196/2003:

I dati raccolti nella presente indagine saranno utilizzati esclusivamente a fini statistici e di programmazione e monitoraggio degli interventi, nel rispetto delle regole stabilite, a tutela della riservatezza e del segreto statistico, dal decreto leg. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni e dal decreto leg. 322/89. Responsabili per il trattamento dati dell'indagine sono il Dirigente del Settore Infanzia, Adolescenza, Adulti, Famiglia - Area di Coordinamento "Orientamento, Istruzione, Formazione e Lavoro" - Direzione Generale delle Politiche Formative, Beni e Attività Culturali della Regione Toscana e il Responsabile dell' Ufficio comunale preposto alla gestione del flusso informativo. Incaricati del trattamento sono i dipendenti assegnati alle strutture dei Responsabili del trattamento secondo le rispettive competenze. L'utente può avvalersi dei diritti indicati negli artt. 7 e 10 del Codice presso i Responsabili del trattamento.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

\_\_\_\_\_  
Ufficio ricevente

Il dichiarante sopra generalizzato, da me identificato nelle forme di legge, ha reso e sottoscritto la sua estesa dichiarazione in mia presenza.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'addetto)

**Comune di Montale Ufficio Pubblica Istruzione-Servizi Educativi**  
[www.comune.montale.pt.it](http://www.comune.montale.pt.it)

Carla Boschi: tel. 0573/952247  
[c.boschi@comune.montale.pt.it](mailto:c.boschi@comune.montale.pt.it)

Debora Giovannini: tel. 0573/952248  
[d.giovannini@comune.montale.pt.it](mailto:d.giovannini@comune.montale.pt.it)