

Al Comune di Campli

Servizi alla Persona

La/il sottoscritta /o _____ (Cognome e nome)

Nato il ____/____/____ a: _____

Codice fiscale|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| e residente a _____

in via _____ civico _____

Telefono _____ e-mail _____

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale o di chi ne fa le veci

C H I E D E

L'inserimento della/del propria/o figlia/o _____

(indicare cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

all'Asilo Nido comunale "Il sentiero delle Fate" per l'anno educativo 2026-2027.

I presenti pacchetti sono validi fino al 31/12/2026.

Dal mese di Gennaio 2027 i pacchetti potrebbero subire un adeguamento.

➔	PACCHETTO 1	dalle 7.30 alle 18.30	€ 339,00	MENSILE
➔	PACCHETTO 2	dalle 7.30 alle 16.30	€ 290,00	MENSILE
➔	PACCHETTO 3	dalle 7.30 alle 14.30	€ 250,00	MENSILE
	QUOTA D'ISCRIZIONE A.S. 2026/27		€ 50,00	

***NOTA: PACCHETTI AD ORE SARANNO DISPONIBILI QUALORA NON SI RAGGIUNGA IL NUMERO MASSIMO DI ISCRIZIONI ALL'ASILO NIDO**

La retta dovrà essere pagata anticipatamente entro il 5° gg del mese per l'intero anno educativo, mediante bonifico all'IBAN **IT29L0538740802000000091845**. Il bonifico verrà effettuato esclusivamente dopo aver ricevuto la fattura specificando in causale il numero della stessa.

Non sono previsti rimborsi o riduzioni per assenze nel corso del mese.

Data richiesta

Firma

Data rinuncia¹

Firma

Informativa ai sensi dell'art.13 e 14 del Reg.Ue 2016/679 - I dati personali forniti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati esclusivamente con le modalità e per le finalità riportate nella specifica informativa, disponibile presso l'Ufficio di competenza ed esposta presso le sedi degli Asili Nido, e di cui l'interessato dichiara di aver preso visione.

In relazione ai vostri dati personali potrete esercitare i diritti previsti da Reg.Ue 2016/679. Titolare del Trattamento è Coop Sociale Nuovi Orizzonti Sociali, con sede in Via Sallustio n 5, Sulmona (AQ), telefono 0864.31807 indirizzo email coop.nos@gmail.com

Data _____

Firma _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a - I sottoscritti

AUTORIZZA/NO

la pubblicazione delle proprie immagini e delle immagini del proprio figlio/figlia riprese dalla Cooperativa Nuovi Orizzonti Sociali, durante le attività ordinarie e straordinarie organizzate dalla stessa per uso* di

- | | | |
|--|----|----|
| • Mostre | sì | no |
| • Pubblicazioni | sì | no |
| • Brochure | sì | no |
| • Locandine | sì | no |
| • Internet (sito ufficiale, pagina Facebook della cooperativa) | sì | no |
| • Organi di Stampa | sì | no |

Data _____

Firma _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a - I sottoscritti dichiarano di aver preso visione del Regolamento del Nido disponibile presso l'Ufficio di competenza ed esposto presso le sedi degli Asili Nido.

Data _____

Firma _____

Firma _____

Nota: Si richiede di allegare alla presente la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie, ovvero l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse, o la presentazione della formale richiesta di vaccinazione all'Azienda Sanitaria Locale.