



Amministrazione destinataria

Comune di Lissone

Ufficio destinatario

Unità servizi educativi e politiche  
giovanili

## Domanda di iscrizione al servizio di pre e post scuola

*anno scolastico*

/

### Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

|                      |                      |                             |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Scala                    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                             |                      |                               | Piano                    |
|                      |                      |                             |                      |                               | <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                             |                      |                               | CAP                      |
|                      |                      |                             |                      |                               |                          |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |

### del bambino/a

|                      |                      |                      |  |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Cognome              |                      | Nome                 |  | Codice Fiscale       |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |  | Cittadinanza         |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |

### iscritto alla scuola primaria

| Scuola               | Classe               | Sezione              |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### CHIEDE

l'iscrizione al seguente servizio

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | pre scuola  |
| <input type="checkbox"/> | post scuola |

### nel seguente periodo

| Mese di inizio periodo di servizio pre-scuola  | Mese di fine periodo di servizio pre-scuola   |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                          |
| <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                          |
| Mese di inizio periodo di servizio post-scuola | Mese di fine periodo di servizio post- scuola |
| <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                          |
| <input type="text"/>                           | <input type="text"/>                          |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- ☐ che il bambino è residente nel Comune di Lissone  
☐ che il bambino non è residente nel Comune di Lissone

- ☐ che il sottoscritto è lavoratore

Azienda o ente presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

Telefono

- ☐ che il sottoscritto non è lavoratore

- ☐ che l'altro genitore, tutore o affidatario è lavoratore

Azienda o ente presso cui lavora

Indirizzo sede di lavoro

Telefono

- ☐ che l'altro genitore, tutore o affidatario non è lavoratore

#### DICHIARA INOLTRE

- ☒ di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito web del Comune di Lissone, relativa alle modalità organizzative e di pagamento del servizio e di accettarla senza riserve, impegnandosi, in particolare, al regolare pagamento delle tariffe previste
- ☒ che il bambino è in regola con tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalle disposizioni emanate dalla Regione Lombardia
- ☒ di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e che l'altro genitore, tutore o affidatario è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta.

Eventuali annotazioni

#### Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento d'identità  
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati (specificare)

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Decreto Legislativo 101/2018)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Lissone

Luogo

Data

Il dichiarante