

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI PRE/DOPO SCUOLA

Si comunica che, per l'a.s. 2024/2025, avranno priorità i bambini entrambi i genitori lavoratori o con famiglie monogenitoriali con occupazione. In seconda battuta gli altri alunni fino al raggiungimento del numero consentito.

Si chiede pertanto di compilare il modulo sottostante, firmarlo, scannerizzarlo e inviarlo all'indirizzo [segreteria@maternachiarabeldi.it](mailto:segreteria@maternachiarabeldi.it).

Coloro che usufruiranno del dopo scuola, potranno scegliere due momenti per il congedo: prima uscita alle ore 16.45, ultima uscita alle ore 17.30.

Non sarà possibile prelevare l'alunno in orari diversi. Gli alunni verranno consegnati all'orario scelto dai genitori all'ingresso di L.go Parma 1.

Il servizio sarà attivo dal 2 settembre, per i bimbi già frequentanti gli anni precedenti, mentre per i nuovi iscritti il servizio partirà appena terminato l'inserimento.

IL/LA SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

GENITORE DELL'ALUNN \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA SEZIONE \_\_\_\_\_ MAESTRA \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'ISCRIZIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A AL SERVIZIO DI

PRE  SCUOLA (7.30-8.30)

DOPO SCUOLA con

Uscita ore 16.45

Uscita ore 17.30

Consapevole delle sanzioni penali previste per la falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

(barrare e compilare la casella di interesse)

**(per il padre)**

Di essere occupato e dipendente della ditta \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ n° Tel. \_\_\_\_\_

orario di lavoro \_\_\_\_\_

indicare se  part time

Full time

Di essere lavoratore autonomo , titolare d'impresa o libero professionista con il seguente orario di lavoro \_\_\_\_\_

**(per la madre)**

Di essere occupata e dipendente della ditta \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 Luogo \_\_\_\_\_ n° Tel. \_\_\_\_\_  
 orario di lavoro \_\_\_\_\_

indicare se  part time

Full time

Di essere lavoratrice autonoma , titolare d'impresa o libera professionista con il seguente orario di lavoro \_\_\_\_\_

**(famiglia monogenitoriale)**

Di essere occupato/a e dipendente della ditta \_\_\_\_\_  
 In via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 Luogo \_\_\_\_\_ n° Tel. \_\_\_\_\_  
 orario di lavoro \_\_\_\_\_

indicare se  part time

Full time

Di essere lavoratore/lavoratrice autonomo/a , titolare d'impresa o libero/a professionista con il seguente orario di lavoro \_\_\_\_\_

Data e luogo

Firma (di entrambi i dichiaranti)