

Comune di Truccazzano

Settore Amministrazione e Servizi alla Persona

RICHIESTA ISCRIZIONE SERVIZIO PRE - POST SCUOLA ANNO SCOLASTICO 2025 / 2026

da portare a mano all'ufficio protocollo o via mail all'Ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Truccazzano scuola@comune.truccazzano.mi.it

entro il 14 AGOSTO 2025

Residente in Truccazzano – Via	II sotto	scritto					
Frazione	Nato a	ı	il				
Mail	Reside	ente in Truccazzano	– Via		n		
CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SEGUENTE SERVIZIO PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,00 (30 mn) Scuola Infanzia	Frazio	ne		tel			
PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,00 (30 mn) Scuola Infanzia Albignano Truccazzano POST SCUOLA dalle 16,00 alle 17,00 (60 mn) Scuola Infanzia Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria Albignano Truccazzano POST Truccazzano DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (se SI allegare progetto educativo dell'Assistente Sociale del Comune) SI NO che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica) SI NO di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettame tutte le disposizioni di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccotti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA	Mail						
Scuola Infanzia Albignano Truccazzano POST SCUOLA dalle 16,00 alle 17,00 (60 mn) Scuola Infanzia Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Albignano Truccazzano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Albignano Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 07,30 alle 08,30 (60 mn) PRE SCUOLA dalle 07,30	CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SEGUENTE SERVIZIO						
POST SCUOLA dalle 16,00 alle 17,00 (60 mn) Scuola Infanzia □ Albignano □ Truccazzano PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria □ Albignano □ Truccazzano POST SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria □ Albignano □ Truccazzano DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci • che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (se SI allegare progetto educativo dell'Assistente Sociale del Comune) □ SI □ NO • che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica) □ SI □ NO • di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni • di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale • di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA		PRE SCUOLA dalle	e 07,30 alle 08,00 (30 mn)				
Scuola Infanzia			Scuola Infanzia	□ Albignano	□ Truccazzano		
PRE SCUOLA dalle 07,30 alle 08,30 (60 mn) Scuola Primaria		POST SCUOLA	dalle 16,00 alle 17,00 (60 mn)			
Per il/la proprio/a figlio/a			Scuola Infanzia	□ Albignano	□ Truccazzano		
DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci • che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (se SI allegare progetto educativo dell'Assistente Sociale del Comune) □SI□NO • che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica) □SI□NO • di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni • di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale • di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA		PRE SCUOLA dalle	e 07,30 alle 08,30 (60 mn)				
DICHIARA ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci • che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (se SI allegare progetto educativo dell'Assistente Sociale del Comune) □ SI □ NO • che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica) □ SI □ NO • di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni • di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale • di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA			Scuola Primaria	□ Albignano	□ Truccazzano		
ai sensi dell'Art. 47 DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze previste per dichiarazioni mendaci che il/la proprio figlio/a è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno (se SI allegare progetto educativo dell'Assistente Sociale del Comune) che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica) di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA	per il/la	a proprio/a figlio/a…					
progetto educativo dell'Assistente Sociale del Comune) • che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica) • di aver preso visione delle norme relative al servizio e di accettarne tutte le disposizioni • di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale • di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA							
 che il /la proprio figlio/a necessita di farmaci salva vita di primo soccorso (se SI allegare idonea documentazione medica)	•					gare	
 di provvedere al regolare pagamento delle quote dovute, nei termini e con le modalità indicate dall'Amministrazione Comunale di allegare copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA	•	che il /la proprio figlio medica)	o/a necessita di farmaci salva vita	di primo soccorso (se S □ SI	I allegare idonea documentaz □ NO	<u>i</u> one	
Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa DATA FIRMA	•	di provvedere al rego				<u>r</u> ione	
	sarann	ttoscritto/a dichiara di o trattati, anche con	essere informato/a, ai sensi del	D.Lgs. n. 196/2003 (Pr			
		DATA			FIRMA		
	<u></u>						