Parrocchia dell'Annunciazione B.V.M.
Polo per l'infanzia "Don Silvio Castagnini"
Via Mascagni, 6 Montecavolo (RE) Tel 0522/886249
E-mail: scuola.doncastagnini@gmail.com

MODULO D'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO "DON CASTAGNINI" LUGLIO 2026

Da lunedì 29 giugno a venerdì 31 luglio 2026 dalle 7:30 alle 16:00

Sono accolti tutti i bambini e le bambine nati tra il 01/01/2022 e il 31/12/2020 che abbiano già frequentato una struttura educativa. L'accesso ai bambini nati nel 2023 - 2024 è riservato esclusivamente agli interni.

La **retta settimanale** da corrispondere per il servizio dalle 7:30 alle 16:00 con pranzo incluso è di **€ 120,00.**

Io sottoscritto/a COGNOME _____NOME _____ _____

cellulare mamma_____cellulare papà_____

altri recapiti utili_____

in qualità di genitore (o esercente la potestà genitoriale) del/la bambino/a

COGNOME_____ NOME _____

nato/a il _____ a_____ cittadinanza _____

Codice Fiscale

residente a _____ cap_____in via_____n°___

frequentante la/il Scuola/Nido _____sezione_____

DESIDERO USUFRUIRE DEL SERVIZIO ESTIVO NELLE SEGUENTI SETTIMANE (BARRARE LA VOCE INTERESSATA):

1° SETTIMANA DAL 29 GIUGNO AL 3 LUGLIO _____ ☐ € 120,00 FINO ALLE 16:00

2° SETTIMANA DAL 6 AL 10 LUGLIO _____ ☐ € 120,00 FINO ALLE 16:00

3° SETTIMANA DAL 13 AL 17 LUGLIO _____ ☐ € 120,00 FINO ALLE 16:00

4° SETTIMANA DAL 20 AL 24 LUGLIO _____ ☐ € 120,00 FINO ALLE 16:00

5° SETTIMANA DAL 27 AL 31 LUGLIO_____ ☐ € 120,00 FINO ALLE 16:00

Mi impegno a versare l'INTERA SOMMA corrispondente a tutto il periodo di frequenza in un'unica soluzione entro venerdì 26 giugno 2026 tramite bonifico bancario su IBAN: IT81B0200866420000100210250

IL VERSAMENTO NEI TERMINI INDICATI È VINCOLANTE L'ACCETTAZIONE DELL'ISCRIZIONE.

NON SARANNO EFFETTUATI RESI DOPO L'AVVENUTA ISCRIZIONE.

N. B. invitiamo a segnalare all' atto dell'iscrizione notizie utili relative al/la vostro/a bambino/a e ad indicare eventuali intolleranze e/o allergie

DICHIARO assumendomi piena responsabilità (barrare o l'una o l'altra o tutte e due le opzioni)

- ☐ di garantire **personalmente** il ritiro del/la figlio/a (**entro** le ore **13:00** o entro le ore **16:00**)
- ☐ di delegare il ritiro del/la figlio/a (**entro** le ore **13:00** o entro le ore **16:00**) da parte del **maggiorenne**:

1) sig. _____
2) sig. _____
3) sig. _____
4) sig. _____

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 del REG. EUROPEO N°679/2016)

Dichiaro di aver letto, compilato e sottoscritto **l'informativa privacy** ai sensi dell'articolo 13, regolamento UE 679/16 al momento dell'iscrizione di mio/a figlio/a presso la scuola sopraindicata. Per chi **NON** frequenta il Polo dell'Infanzia Don Castagnini è obbligatorio scaricare l'informativa dal sito www.doncastagnini.it, compilarla in ogni sua parte, sottoscriverla da entrambi i genitori e consegnarla unitamente al presente modulo di iscrizione

"PROGETTO CONCILIAZIONE VITA-LAVORO"

Il Centro Estivo "Don Castagnini" ha aderito al Progetto Conciliazione Vita-Lavoro 2026 promosso dalla Regione Emilia-Romagna. Il progetto sostiene economicamente le famiglie che hanno la necessità di utilizzare servizi educativi estivi. Il **contributo** prevede **fino a 300 euro per ciascun figlio** (nel limite di 100 euro a settimana) di età compresa tra i 3 e i 13 anni, quindi nati dal 2013 al 2023. Le famiglie devono essere **residenti in Emilia-Romagna** e composte da entrambi i **genitori** - o uno solo in caso di famiglie monogenitoriali - **occupati,** disoccupati in cerca di lavoro, in cassa integrazione o impegnati in compiti di cura. L'Isee annuo deve essere entro i **26mila euro**, mentre non c'è alcun limite di Isee per le famiglie con figli con disabilità**.**
I genitori possono fare richiesta del contributo compilando l'apposito modulo reperibile sul sito internet del Comune di Quattro Castella: www.comune.quattro-castella.re.it
La scuola emetterà una ricevuta di pagamento che dovrà essere intestata allo stesso genitore che ha fatto richiesta del contributo e presentata in originale presso il Comune di Quattro Castella a frequenza conclusa.

INDICARE I DATI DEL GENITORE A CUI INTESTARE LA RICEVUTA DI PAGAMENTO:

COGNOME_____ NOME _____

residente a _____ cap_____in via_____n°___

Codice Fiscale

Chi non fosse interessato a partecipare al bando conciliazione vita-lavoro e desidera ricevere una ricevuta di pagamento per una causale differente (bonus nido, welfare aziendale o altro) è pregato di indicarlo di seguito:

DESIDERO RICEVERE UNA RICEVUTA DI PAGAMENTO PER_____

Il presente modulo può essere consegnato a partire da lunedì 4 maggio 2026 fino ad esaurimento posti.
Riceverete una mail di conferma per avventa iscrizione.

DATA _____ FIRMA MADRE_____

FIRMA PADRE_____