



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NIDO D'INFANZIA _____

Per l'anno educativo _____

La sottoscritta:

GENITORE INTESTATARIO DELLA FATTURA (AI FINI DELLE DETRAZIONI FISCALI)	SI	NO
--	----	----

Cognome e nome _____ nata a _____ il ____ / ____ / ____
Residente in _____ Città _____
Prov. _____ CAP _____ Codice fiscale _____
Cittadinanza _____ Tel. Abitazione _____ Tel. Lavoro _____
Professione _____ Ente di lavoro _____
Reparto _____ Orario di lavoro _____
Cell. _____ E-mail _____

e il sottoscritto:

GENITORE INTESTATARIO DELLA FATTURA (AI FINI DELLE DETRAZIONI FISCALI)	SI	NO
--	----	----

Cognome e nome _____ nato a _____ il ____ / ____ / ____
Residente in _____ Città _____
Prov. _____ CAP _____ Codice fiscale _____
Cittadinanza _____ Tel. Abitazione _____ Tel. Lavoro _____
Professione _____ Ente di lavoro _____
Reparto _____ Orario di lavoro _____
Cell. _____ E-mail _____

IN QUALITÀ DI GENITORI DI:

Cognome e nome della/del bambina/o _____

Sesso [_] Maschile [_] Femminile nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
Residente in _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____
Codice fiscale della/del bambina/o _____
Cittadinanza _____

Domicilio (non completare se coincidente con la residenza)

Domiciliata/o in _____
Città _____ Prov. _____ CAP _____

NE CHIEDONO L'ISCRIZIONE

al Nido d'Infanzia _____

Domanda Sch. Iscr. Ver 08 dell'08/07/2025



CI PRENDIAMO CURA DI TE.

ELEFANTI VOLANTI - Società Cooperativa Sociale - Onlus | via Enrico Ferri 99, 25123 Brescia | Tel. 030 6591725 | Fax 030 5106961 | www.elefantivolanti.it
E-mail: cooperativa@elefantivolanti.it | Pec: coop@pec.elefantivolantiionlus.it | P. Iva e Cod. Fisc. 03180410981 | Codice Destinatario EH1R83N | CCIAA di Brescia REA n. BS 512037
Albo Nazionale Cooperative n. A203083 | Cooperativa Sociale di tipo A a mutualità prevalente | Iscriz. RUNTS 21.03.2022 | Cat. attività: produzione lavoro - gestione di servizi (tipo A)



Ai fini della accettazione della domanda

DICHIARANO

consapevoli delle responsabilità, in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, alle quali vanno incontro ex art. 2 Legge 4 gennaio 1968, n.15, come modificato dall'art.3, comma 10, Legge 15.05.1997, n.127, nonché dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e s.m.i.:

- la veridicità e correttezza dei dati forniti
- di aver ottemperato per il/la proprio/a figlio/a agli obblighi vaccinali di legge, obbligandosi a produrre la relativa certificazione prima dell'inizio della frequenza al Nido.

DICHIARANO altresì

1. COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE (indicare eventuali disabilità)

Parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Città di nascita	Disabile	
				SI	NO

2. ORARI DI FREQUENZA RICHIESTI

I genitori dichiarano di scegliere la seguente fascia d'orario per la frequenza del proprio figlio:

TIPOLOGIA FREQUENZA (INDICARE QUELLA SCELTA)	SCELTA
ORARIO FISSO (SPECIFICARE)_____	
TEMPO TURNISTA	
ORE AGGIUNTIVE OCCASIONALI	

Al fine della definizione della retta i genitori effettueranno:

ISCRIZIONE IN CONVENZIONE CON ASST GARDA	
--	--

3. RETTE E SERVIZI



I genitori accettano:

1. Di pagare la caparra dovuta all'atto di iscrizione, definita in base alla tipologia di contratto da stipularsi;
2. La caparra in caso di non inizio della frequenza NON verrà restituita;
3. La retta mensile comprensiva di eventuali oneri aggiuntivi (maggiorazione per il tempo prolungato e ore aggiuntive).
4. La data di inizio ambientamento viene concordata per il giorno: ____/____/____, tale data potrà essere posticipata di massimo un mese, oltre tale termine, la retta verrà comunque addebitata.

Data _____

Firma della madre

Firma del padre

IBAN SU CUI VERSARE LA CAPARRA CONFIRMATORIA CHE, VERRA' RESTITUITA AL TERMINE DELLA FREQUENZA DEL NIDO SE TUTTI I PAGAMENTI RISULTERANNO REGOLARI.

IT	17	J	03069	09606	100 000 011 741
cod Paese	cin Iban	Cin	Abi	Cab	numero di conto corrente

Beneficiario: Cooperativa Elefanti Volanti
Causale: iscrizione Nido Pollicino a.e. __25__/_26__ nome e cognome della/del bambina/o