



CENTRO INFANZIA "DIVINO AMORE"  
Piazza del Redentore,10 - San Benedetto del Tronto (PE)  
Tel. 735659745-fax 735659745 - [scuoladivinoamores@gmail.com](mailto:scuoladivinoamores@gmail.com)

## CENTRO INFANZIA

# DOMANDA DI ISCRIZIONE a.s. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a il ..... a .....

residente in.....

Via/Piazza.....Località .....CAP.....

e-mail.....Tel.....Cell.....

C.F. (del genitore che compila la domanda) .....

padre/madre del/la bambino/a.....

nato/a a.....il.....

C.F. (del figlio/a).....

chiede di iscrivere il proprio/a figlio/a .....

Centro Infanzia per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a .....dichiara che il /la proprio/a figlio/a

..... è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie:

- SI
- NO

A tale scopo allega copia del Libretto delle Vaccinazioni.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98) . Da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_