



COMUNE DI BERTINORO

III Settore - Servizi Scolastici

Resp. Proc.: dott.ssa Cinzia Zanchini tel.0543/469218 - fax. 0543/444486

e-mail: zanchini.c@comune.bertinoro.fc.it

www.comune.bertinoro.fc.it

Spazio riservato all'Ufficio
1°
2°
3°

All'Ufficio Scuole
del Comune di Bertinoro

(richiesta da presentare entro il 22/02/2016)

Io sottoscritto _____

nato/a il _____ a _____, residente/domiciliato in _____

via _____

genitore/affidatario dell'alunno/a _____

che nell'a.s. **2016/2017** frequenterà la sez./classe _____ della scuola:

INFANZIA DI _____

PRIMARIA DI _____

SECONDARIA DI _____

tel. _____, cell. _____, email _____

Per ricevere informazioni relative ai servizi scolastici, territoriali e iniziative promosse dal Comune di Bertinoro è possibile iscriversi alla *newsletter*, tramite l'apposito modulo presente nell'home page del Comune (http://www.comune.bertinoro.fc.it/mailling_list.aspx).

Richiesta servizio PRE-SCUOLA a.s. 2016-17

(solo infanzia e primaria)

Chiedo

che mio/a figlio/a possa usufruire del servizio **PRE-SCUOLA** (dalle ore 7,30 alle ore 8,00 dal lun. al ven.)

Post Scuola *(solo primaria)* e Centro Educativo Pomeridiano *(solo primaria e secondaria)* a.s. 2016-17

(Il servizio verrà attivato dal 15/09/2016 al 06/06/2017)

Chiedo

di poter frequentare nell'a.s. 2016-2017 (barrare i giorni richiesti) i seguenti servizi:

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
POST SCUOLA 12.45 13.30					
CEP _____ * 13.30- 16.30					

* Barrare il CEP richiesto

- 1) CEP di Bertinoro presso la Scuola Primaria "F. Rossi" di Bertinoro
- 2) CEP di Fratta presso la Scuola Primaria "G. Mattarelli" di Fratta Terme
- 3) CEP di S. M. N. presso la Scuola Primaria "P. Amaducci" di S. Maria Nuova Spallicci

Costi Mensili

POST SCUOLA (da settembre a maggio)	Costo mensile	Costo del buono pasto
Dalle 12.45 alle 13.30	€ 15,00	€ 4,80 cadauno

***Il servizio di Post Scuola prevede l'utilizzo della mensa e di conseguenza, il pagamento dei buoni pasto.**

CENTRO EDUCATIVO POMERIDIANO (da settembre a maggio)	1-2 giorni a settimana	3 giorni a settimana	4 giorni a settimana
Dalle 13.30 alle 16.30	50 €	70 €	88 €

Per entrambi i servizi viene indicato un numero minimo di frequentanti pari ad **otto** iscritti nelle singole giornate per poter attivare il servizio.

Lì, _____

Firma _____

RISERVATO AI GENITORI DEI BAMBINI DIVERSAMENTE ABILI

- che il proprio figlio/a ha usufruito durante l' A.S. 2015-16 del sostegno scolastico
- che il proprio figlio è seguito dall' AUSL di _____

in accordo con i Servizi Sanitari e grazie ad un fondo economico destinato nell'ambito dell'Accordo di Programma del territorio Forlivese, l'ufficio Servizi Sociali predisporrà un piano di inserimento dei/delle bambini/e diversamente abili tenendo conto delle indicazioni di famiglia.

Data _____ Firma _____

RINUNCIA AL SERVIZIO

Dichiaro che mio/a figlio/a **non ha mai usufruito oppure ha usufruito del servizio PRE/POST/CEP (barrare ciò che non interessa) dal _____ al _____.**

Chiedo, pertanto, che venga annullata la/e richiesta/e precedentemente fatta.

Lì, _____

Firma _____

In riferimento agli artt. 13, 23, 24 e 26 del D.lgs n. 196 del 30.06.2003 relativo al "Codice in materia di protezione dei dati personali" il sottoscritto autorizza il Comune di Bertinoro a registrare i dati sopraindicati.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero **SOTTOSCRITTA E INVIATA UNITAMENTE A COPIA FOTOSTATICA** non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, al Comune di Bertinoro via fax (0543-444486), oppure via mail (protocollo@comune.bertinoro.fc.it).