

MODULO DI ISCRIZIONE

PRE-SCUOLA E/O LABORATORIO POMERIDIANO POST SCUOLA — ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Servizio gestito dall'**Associazione Fasciotti Sacco ETS**

DATI ANAGRAFICI

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore/tutore del bambino/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____

telefono e-mail _____

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

CHIEDE l'iscrizione del/la proprio/a figlio/a al seguente servizio (*barrare le caselle di interesse*):

☐ **PRE-SCUOLA**

- **€ 15,00 al mese** (Tariffa fissa e unica, ingresso dalle ore 07:30, indipendentemente dai giorni di frequenza).

☐ **LABORATORIO POMERIDIANO POST SCUOLA**

(*Selezionare una sola delle opzioni sotto indicate in base alla frequenza desiderata*)

☐ **Frequenza PARZIALE (1 giorno a settimana - giorno fisso)**

- **€ 30,00 al mese**

• Specificare il giorno della settimana scelto: _____

☐ **Frequenza PARZIALE (2 giorni a settimana - giorni fissi)**

- **€ 40,00 al mese**

• Specificare i 2 giorni della settimana scelti: _____ e _____

☐ **Frequenza COMPLETA (Tutta la settimana)**

- **€ 55,00 al mese** (Orario 16:00 - 18:00)

MODALITÀ E TERMINI DI PAGAMENTO

- **Cadenza mensile:** Il pagamento del servizio è anticipato con cadenza mensile.
- **Quote successive alla prima:** Il pagamento dovrà essere effettuato entro il **giorno 5 di ogni mese**, anticipatamente rispetto al periodo di fruizione del servizio.
- **Nessun rimborso per assenza:** Trattandosi di tariffe mensili fisse che garantiscono il posto e la presenza del personale, non sono previsti storni, rimborsi o recuperi per assenze dovute a malattia, motivi personali o festività.

• **Integrazione giorni aggiuntivi:** Eventuali variazioni in aumento dei giorni di frequenza rispetto al piano iniziale vanno concordate con la segreteria del gestore. L'integrazione tariffaria (+€ 10,00 o +€ 25,00) deve essere saldata tassativamente **prima** della fruizione dei giorni aggiuntivi.

DETTAGLI DEL PAGAMENTO

Quota versata: € _____ Data pagamento: ____ / ____ / ____

• **Modalità:** Bonifico Bancario intestato a **SCUOLA MATERNA FASCIOTTI SACCO ETS**

• **IBAN:** IT 64 R 06085 47320 000000022657

• **Causale:** Nome e cognome del bambino - Pre/Post scuola 2026/2027

** Allegare al presente modulo la ricevuta/attestazione del pagamento.*

Il modulo compilato e la ricevuta del pagamento devono essere inviati alla Segreteria dell'Associazione Fasciotti Sacco ETS:

• **E-mail:** segreteria@fasciottisacco.com • **Tel:** 0141 878221

Il servizio sarà attivo a partire dal 21 settembre 2026.

DICHIARAZIONE: Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle modalità di svolgimento del servizio, delle relative tariffe rimodulate e delle modalità di pagamento sopra descritte, accettandone integralmente le condizioni.

Data ____ / ____ / ____

Firma del Genitore/Tutore