



## DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2024-2025

Il/la sottoscritto/a .....

genitore di .....

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

cittadinanza.....

residente a ..... prov. ....

in via ..... n° .....

Codice Fiscale genitore .....

Codice Fiscale bambino.....

e-mail.....

Chiede per suo figlio/a l'iscrizione al nido d'infanzia LUDUS per l'anno educativo 2024-2025

### TARIFFE MENSILI COMPRENSIVE DI PASTI

PART TIME POMERIDIANO	€460,00+iva 5%
PART-TIME (8,00-13.00)	€ 580,00+iva 5%
TEMPO PIENO ( 8,00-16.00)	€ 680,00+iva 5%

**LUDUS Cooperativa sociale**  
P.iva e C.F. 03071070365  
via Scaglia est 120/b -Modena-  
tel. 059-342063 fax 059-2922210 nidoludus@gmail.com



**LA DOMANDA D'ISCRIZIONE E' VINCOLATA AL VERSAMENTO DI UN IMPORTO PARI A META' DELLA 1° RETTA NON RESTITUIBILI IN CASO DI RINUNCIA**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI IMPEGNARSI A VERSARE L'ALTRA PARTE DELLA RETTA ENTRO E NON OLTRE IL PRIMO GIORNO D'INSERIMENTO CONCORDATO, PENA LA NULLITA' DELL'ISCRIZIONE.

**RECAPITI**

**PAPA'**

cognome ..... nome.....

tel.(abitazione) ..... tel. cell. ....

**MAMMA**

cognome ..... nome.....

tel. cell. ....

IL SOTTOSCRITTO CON LA PRESENTE DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO DELLE MODALITA' E DELLE FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI, COSI' COME PREVISTO DAL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" MEDIANTE LETTURA DI IDONEA NOTA INFORMATIVA ESPOSTA PRESSO LA SEDE DEL NIDO IN QUESTIONE.

MODENA

FIRMA

*LUDUS Cooperativa sociale*  
P.iva e C.F. 03071070365  
via Scaglia est 120/b -Modena-  
tel. 059-342063 fax 059-2922210 nidoludus@gmail.com



**LUDUS Cooperativa sociale**  
P.iva e C.F. 03071070365  
via Scaglia est 120/b -Modena-  
tel. 059-342063 fax 059-2922210 [nidoludus@gmail.com](mailto:nidoludus@gmail.com)