



COMUNE DI SOVIZZO

Via Cavalieri di Vittorio Veneto n. 21 36049 (VI)

Area 1 – Segreteria

Settore 1

Servizi: Affari generali – Organi Istituzionali e partecipazione – Scuole

Sistema di qualità certificato
UNI EN ISO 9001
UNI EN ISO 50001

Mod 101 Rev 02 del 19/11/2025

Spett.le Comune di Sovizzo
Ufficio Scuola
Via Cav. Vittorio Veneto, 21
36049 Sovizzo (VI)

Oggetto: Domanda di iscrizione al Servizio di SORVEGLIANZA PRESCOLASTICA.

Il sottoscritto

Cognome e nome															
Codice fiscale															
Luogo di nascita										Data di nascita					
Comune di residenza						Via									
Telefono:										Cell.:					
e-mail:															

in qualità di ☐ genitore ☐ tutore ☐ curatore ☐ affidatario

CHIEDE

di usufruire del servizio di sorveglianza prescolastica presso la Scuola D. Chiesa

per il/i minore/i

1 Cognome e nome del minore															
Codice fiscale															
Luogo di nascita										Data di nascita					
Comune di residenza						Via									
Che frequenterà la classe															

2 Cognome e nome del minore															
Codice fiscale															
Luogo di nascita										Data di nascita					
Comune di residenza					Via										
Che frequenterà la classe															

A tal fine, consapevole:

- che a norma degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- che ai sensi dell'articolo 71 del DPR 445/2000, l'Ente Pubblico ha l'obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

☒ che il proprio stato di famiglia* è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	
	___/___/___	

☒ che i dati necessari per attestare le esigenze lavorative o di studio**, nell'orario prescolastico, di tutti i componenti il proprio nucleo familiare sono i seguenti:

QUALITÀ***	INDIRIZZO LUOGO LAVORO/STUDIO	TEL. LAVORO/STUDIO	ORARI LAVORO/STUDIO
NOTE			

*Il *nucleo familiare* di riferimento corrisponde allo stato di famiglia del minore per il quale è presentata la domanda. Per i minori affidati lo stato di famiglia di riferimento è quello della famiglia affidataria. Per *nuclei monogenitoriali* si intendono esclusivamente quelli composti da un unico genitore in quanto: vedovo, nubile/celibe, separato legalmente, divorziato, ma anche separato di fatto purché il coniuge risieda altrove per qualsiasi motivo.

**Ai fini della presente richiesta, si considera *occupato* il lavoratore dipendente, pubblico o privato (compresi i lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni), i lavoratori autonomi, i lavoratori atipici e gli studenti con obbligo di frequenza. In alternativa alle dichiarazioni su riportate, possono essere allegate specifiche dichiarazioni dei datori di lavoro. Il mancato possesso od il venir meno dei requisiti indispensabili è condizione vincolante per la frequenza dell'attività di sorveglianza prescolastica comporta l'esclusione dal servizio o la revoca dell'autorizzazione a fruire dell'attività medesima, in caso di variazione intervenuta dopo l'iniziale accoglimento della domanda.

*** indicare grado di parentela (padre, madre, fratello, sorella ecc...).

ALLEGA

☐ ricevuta versamento somma di € 20,00 a titolo di caparra confirmatoria da effettuarsi mediante pagoPA collegandosi al seguente link <https://pagopa.accatre.it/sovizzo#/sportello/pagamenti> selezionando la voce “prescuola”

SI IMPEGNA

☐ a provvedere al versamento **del saldo** entro il **30 Ottobre**

DICHIARA

di aver preso visione della scheda informativa del servizio presente nel sito internet del comune al seguente link <https://www.comune.sovizzo.vi.it/servizio/sorveglianza-prescolastica> e di accettare quanto in essa indicato.

DICHIARA

di aver preso visione della “Informativa privacy trattamento dati servizi scolastici” presente nella sezione “Privacy” del Sito internet www.comune.sovizzo.vi.it.

ACCETTA

servizio di comunicazione email

SI **NO**

COMUNICA

che in caso di mancata attivazione del servizio da parte del Comune l'eventuale rimborso della caparra confirmatoria venga accreditato

☐ presso la Banca _____ / Agenzia di _____
sul seguente codice **IBAN**:

[illegible]

***L'intestazione del c/c deve corrispondere esattamente al richiedente od eventualmente essere cointestato.**

IMPORTANTE: NO POSTEPAY / libretto postale

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1) Copia del documento di identità valido del sottoscrittore;
- 2) Copia ricevuta di pagamento caparra confirmatoria.

Sovizzo _____

(firma del dichiarante)