Comune di Laives
Stadtgemeinde Leifers

Ufficio V – Sociale e cultura
Amt V – Sozialwesen und Kultur

DOMANDA DI VARIAZIONE PER LA FREQUENZA DELLA SCUOLA D'INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2025/2026

Il/la sottoscritto/a*: _____

genitore o rappresentante legale dell'alunno/a*_____

iscritto/a presso la scuola*_____ sezione*_____

Richiesta variazione anagrafica:

Cambio referente: _____(da barrare solo in caso sia cambiato il genitore di riferimento)

Nuovo indirizzo: _____ Località_____CAP_____

Indirizzo mail: _____ Telefono: _____

Richiesta cambio della scuola dell'infanzia:

☐ La Giostra – Via J.F. Kennedy, 176 - Laives	☐ Sauro – Passaggio scolastico, 22 – Laives
☐ La Tartaruga – Via Maso Hilber, 15 – S. Giacomo	☐ Bimbilandia – Via S.G. Bosco, 2 – Pineta
☐ Nisselburg – Via J.F. Kennedy, 176 – Laives	☐ Scuola dell'infanzia tedesca – via Pietralba, 60 – Laives

Primo giorno di frequenza: _____

☐ **Ritiro a partire dal giorno _____**

Richiesta cambio fascia oraria o sezione: dal giorno _____

Sezione		☐ Tempo normale	☐ Tempo pieno

Richiesta riduzione tariffaria:

☐ di avere diritto all'agevolazione tariffaria prevista dalla **LAIVES – FAMILY CARD 2025/2026 N**. _____

☐ di avere diritto alla **riduzione del 25% per il secondo figlio frequentante**: Nome del fratello/sorella maggiore _____ (solo per fratelli frequentanti contemporaneamente la scuola materna)

☐ di avere diritto alla **riduzione del 75% per il terzo figlio frequentante**: Nome del fratello/sorella maggiore _____ (solo per fratelli frequentanti contemporaneamente la scuola materna)

Richiesta di dieta speciale:

PER MOTIVI SANITARI (certificato medico obbligatorio)	A SCELTA DELLA FAMIGLIA
☐ Diabete	☐ Menù senza alcun tipo di carne
☐ Celiachia	☐ Menù senza carne di maiale
☐ Favismo	☐ Menù senza carne di manzo
☐ Allergie/intolleranze varie	☐ Menù senza carne e pesce

☐ Si allega il **certificato medico aggiornato (2025)** redatto da pediatri di libera scelta (PLS di base) medici di medicina generale (MMG) o medici dei servizi di allergologia ospedaliera o medici del servizio dietetico nutrizionale. Il certificato deve riportare l'indicazione ESPRESSA della patologia per la quale si richiede la dieta.

*campi obbligatori

I certificati già agli atti dell'Ufficio V – Sociale e cultura, relativi a celiachia, favismo, diabete, una volta presentati saranno ritenuti validi fino al termine del percorso scolastico dell'alunno/a (l'iscrizione al servizio di refezione scolastica comporta l'automatica applicazione della dieta per la patologia già nota).

Il genitore o rappresentante legale dell'alunno/a dichiara:

- di essere consapevole che l'iscrizione al servizio scuola dell'infanzia comporta la ricezione di comunicazioni via SMS e via e-mail;
- di avere letto le disposizioni sulla privacy e di approvarne il contenuto, reperibile al seguente link: www.comune.laives.bz.it/it/Amministrazione/Web/Privacy;
- che all'atto della variazione sono state osservate le disposizioni di cui agli artt. 316, 337-ter, 337-quater del C.C. sulla responsabilità genitoriale, che prevedono una decisione condivisa da parte dei genitori;
- di essere consapevole della responsabilità di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 del 28.12.2000 e successive modifiche, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Data_____ Firma**_____

Per ulteriori informazioni generali:
0471-595 786 Maruska Vertuan
0471-595 783 Icka Zottele

** **il modulo può essere consegnato già firmato agli uffici competenti; in tal caso deve essere allegata la fotocopia della carta d'identità o di un documento di riconoscimento equipollente ai sensi dell'art.35 del DPR 445/2000 e successive modifiche. Altrimenti procedere alla firma del modulo all'atto della consegna.**