

TEMPO INTEGRATO COLUGNA

Il sottoscritto _____ Nato a _____, il _____,
Residente a _____ via _____,
Tel. _____, e-mail _____,
codice fiscale _____
e il/la Sig./sig.ra _____

Genitori dell' alunno/a _____
Codice Fiscale dell'alunno/a _____ che

frequenterà nel 2025/26 la classe _____ della scuola primaria di COLUGNA,
con la presente, garantendo una regolare frequenza dall'inizio alla fine dell'anno scolastico,
richiedono che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a frequentare il "Tempo Integrato"
2025/26, scegliendo la seguente opzione

- SOLO MENSA 5 GIORNI ALLA SETTIMANA** [] 44,55 € mensile*
- 1 FREQUENZA SETTIMANALE 13.00 alle ore 17.30** [] 68,45 € mensile*
- 2 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30** [] 120,13 € mensile*
- 3 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30** [] 171,81 € mensile*
- 4 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30** [] 227,26 € mensile*
- 5 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30** [] 256,88 € mensile*

Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì	
Servizio mensa									
SI	NO								

I buoni per il pasto si acquistano a parte.

Ai fini dell'iscrizione è fondamentale inviare alla Cooperativa copia del presente modulo entro il 30 giugno 2025

Coop. Soc. Insieme – via Centrale 69, 33010 Adegliacco (UD) – tel. 0432/573126
e-mail: posta@insiemecoop.it.

Visto l'elevato numero di bambini che aderiscono al pranzo, qualora le domande per la mensa superassero le 50 unità, verrà data precedenza ai bambini che frequentano tutto il pomeriggio, poi ai bambini che hanno già frequentato il Tempo Integrato, infine ai bambini che necessitano del pranzo tutti i giorni.

N.B.: AL DI SOTTO DELLE 5 PRESENZE IL SERVIZIO NON POTRA' ESSERE ATTIVATO

***DAI COSTI MENSILI SOPRA INDICATI (escluso il solo servizio mensa), QUALORA CONCESSO, SARA' DEDOTTO IL CONTRIBUTO CHE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE VORRA' EROGARE PER L'INIZIATIVA. I costi indicati sono al netto dell'I.V.A in quanto vi potranno essere degli aumenti in corso di anno didattico, attualmente l'I.V.A. è al 5%.**

Lì, _____ Firma _____

TEMPO INTEGRATO DI ADEGLIACCO

Il sottoscritto _____ Nato a _____, il _____,
Residente a _____ via _____,
Tel. _____, e-mail _____,
codice fiscale _____ e
il/la Sig/Sig.ra _____,
genitori dell' alunno/a _____,
C.F. dell'alunno/a _____,
che frequenterà nel 2025/26 la classe _____ della scuola primaria di ADEGLIACCO.

Con la presente, garantendo una regolare frequenza da settembre 2025 al termine dell'anno scolastico, richiedono che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a frequentare il "Tempo Integrato", scegliendo la seguente opzione:

- SOLO PRANZO PER 4 GIORNI ALLA SETTIMANA** [] **36,06 € mensile***
- 1 FREQUENZA SETTIMANALE 13.15 alle ore 17.00** [] **57,88 € mensile***
- 2 FREQUENZE SETTIMANALI 13.15 alle ore 17.00** [] **103,34 € mensile***
- 3 FREQUENZE SETTIMANALI 13.15 alle ore 17.00** [] **145,96 € mensile***
- 4 FREQUENZE SETTIMANALI 13.15 alle ore 17.00** [] **193,77 € mensile***

Lunedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì	
Servizio mensa		Servizio mensa		Servizio mensa		Servizio mensa	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

I BUONI PER IL PASTO SI ACQUISTANO A PARTE

Ai fini dell'iscrizione è fondamentale inviare alla Cooperativa copia del presente modulo entro il 30 giugno 2025 al seguente indirizzo: Coop. Soc. Insieme – via Centrale 69 33010 Adegliacco (UD) – tel. 0432/573126 – posta@insiemecoop.it

N.B.: AL DI SOTTO DELLE 5 PRESENZE IL SERVIZIO NON POTRA' ESSERE ATTIVATO

***DAI COSTI MENSILI SOPRA INDICATI, QUALORA CONCESSO, SARA' DEDOTTO IL CONTRIBUTO CHE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE VORRA' EROGARE PER L'INIZIATIVA (ad eccezione del solo servizio pranzo)**

I costi indicati sono al netto dell'I.V.A in quanto vi potranno essere degli aumenti in corso di anno didattico.

Lì, _____ **Firme** _____

TEMPO INTEGRATO TAVAGNACCO

Il sottoscritto _____ Nato a _____, il _____,
Residente a _____ via _____,
Tel. _____, e-mail _____,
codice fiscale _____
e il Sig./Sig.ra _____
genitori dell' alunno/a _____

Codice Fiscale dell'alunno/a _____ che
nel 2025/26 frequenterà la classe _____ della scuola primaria di TAVAGNACCO.

con la presente, garantendo una regolare frequenza dall'inizio alla fine dello anno scolastico,
richiedono che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a frequentare il "Tempo Integrato",
da settembre 2025 al termine dell'anno scolastico

1 FREQUENZA SETTIMANALE 13.00 alle ore 17.30 [] € 60,62 mensile*

2 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30 [] € 116,87 mensile *

3 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30 [] € 158,82 mensile *

4 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30 [] € 210,40 mensile *

5 FREQUENZE SETTIMANALI 13.00 alle ore 17.30 [] € 240,80 mensile*

Solo pasto per 5 giorni alla settimana [] € 44,55 mensile*

Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì	
Servizio mensa									
SI	NO								

I BUONI PASTO SI ACQUISTANO A PARTE

Ai fini dell'iscrizione è fondamentale inviare alla Cooperativa anche copia del presente modulo entro il **30 giugno 2025** al seguente indirizzo: Coop. Soc. Insieme – via Centrale 69 33010 Adegliacco (UD) – tel. 0432/573126, posta@insiemecoop.it.

N.B.: AL DI SOTTO DELLE 5 PRESENZE IL SERVIZIO NON POTRA' ESSERE ATTIVATO

***DAI COSTI MENSILI SOPRA INDICATI, QUALORA CONCESSO, SARA' DEDOTTO IL CONTRIBUTO CHE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE VORRA' EROGARE PER L'INIZIATIVA.-**

I costi indicati sono al netto dell'I.V.A in quanto vi potranno essere degli aumenti in corso di anno didattico, attualmente l'I.V.A è al 5%.

Lì, _____ Firma _____