



II COMPENSIVO STATALE CORIGLIANO ROSSANO (CS)
SCUOLA DELL'INFANZIA – “Matassa” tel.098 3516470
 - SCUOLA SEC. 1° GRADO - “Carlo Levi” tel. 0983 510612 SCUOLA PRIM. - “Monachelle”

Domanda di Iscrizione alla SCUOLA DELL'INFANZIA - MATASSA

Al Dirigente Scolastico

| | |
|--|---|
|l..... sottoscritt..... <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 80%; margin: 0 auto;"> <i>Cognome</i> <i>Nome</i> </div> | <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore |
|l..... sottoscritt..... <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 80%; margin: 0 auto;"> <i>Cognome</i> <i>Nome</i> </div> | <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre |
| dell'alunno/a..... <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 80%; margin: 0 auto;"> <i>Cognome</i> <i>Nome</i> </div> | |
| CHIEDONO | |
| l'iscrizione a codesta scuola per l'infanzia "Matassa" per l'anno scolastico 202____/202____ | |
| <input type="checkbox"/> orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali (da lunedì al venerdì ore 8.00-16.00) <input type="checkbox"/> orario ordinario delle attività educative per 25 ore settimanali (da lunedì al venerdì ore 8.00-13.00) <input type="checkbox"/> orario prolungato fino alle ore 17:00 (per esigenze lavorative dei genitori) <input type="checkbox"/> orario antimeridiano (8:00/13:00) nella giornata di sabato (per esigenze lavorative dei genitori) | |

chiedono altresì di avvalersi, come previsto dall'articolo 2.2 del DPR n. 89/2009:

- dell'**anticipo** (per i nati entro il 30 aprile 2023) subordinatamente alla disponibilità di posti, alla precedenza dei nati che compiono tre anni entro il 31.12.2025 e alle condizioni previste dal Collegio dei docenti

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondenti al vero, (art. 2 della Legge 4 Gennaio 1968, n. 15, art 3, comma 10, Legge 15 Marzo 1997 n. 127, art. 1, DPR 20 Ottobre 1998 n. 403),

DICHIARANO CHE

- che il/la bambino/a

Codice Fiscale

è nato/a a (.....) il

è cittadino/a Italiano/a Altro (indicare la cittadinanza).....

è residente a (.....) in Via n.....

- di aver preso visione dell'informativa (presente sul sito dell'istituto nella sezione Privacy), resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati;

- di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

Data..... Firma dei genitori.....

(Legge 127del 1997,d.P.R 445del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola.

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione , rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Telefono abitazione | Cellulare madre | Cellulare padre |
| | | |
| Telefono lavoro madre | Telefono lavoro padre | Altri recapiti telefonici (nonni parenti) |
| | | |
| Indirizzo e-mail | | |

DICHIARANO

- che il bambino/a è in regola con le vaccinazioni obbligatorie ai sensi della Legge 119/2017

SI (allegare certificazione della ASL o del Pediatra) NO

di non aver effettuato l'iscrizione in altre scuole.

che la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino/a, da:

| Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Altro:.....

La presente dichiarazione sostituisce la normale certificazione ed ha la stessa validità temporale del certificato che sostituisce. (Art. 2 L. 4 Gennaio 1968 n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 Maggio 1997 n. 127)

MODULO per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'Insegn. della Religione Cattolica
Il/I sottoscritto/i, a conoscenza del diritto, riconosciuto dallo Stato, della libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (Art. 9.2 del concordato 18-2-1984 ratificato con Legge 25.3.1985),

CHIEDONO che il proprio figlio/a possa

- Avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
 Non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

RICHIESTA docente di Sostegno

Il/I sottoscritto/i al fine di consentire gli adempimenti connessi all'assegnazione dell'insegnante di sostegno, segnalano che.... l.... propri.... figli.... Si trova nella condizione di:

- Portatore di handicap (L. 104/02) in fase di certificazione
 Portatore di handicap (L. 104/02) riconosciuto e certificato*,
Eventuale Centro Riabilitativo Fisioterapico che segue l'alunno

_____ (indicare per esteso il nome del centro).

* allegare la documentazione medico-specialistica.

PATOLOGIE-ALLERGIE-INTOLLERANZE

Il/I sottoscritto/i, comunicano che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

- patologie diagnostiche (es. diabete, epilessia, asma, ecc.)
 allergie diagnostiche
 allergie e/o intolleranze alimentari diagnostiche

NOTA:allegare la documentazione medico - specialistica con l'eventuale indicazione delle precauzioni da prendere.

Data..... Firma dei genitori.....