

ALLEGATO SCHEDA A

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA a.s. 2024/25

Al Dirigente scolastico dell'I.C. FORIO 2 DON VINCENZO AVALLONE

Il sottoscritto (cognome e nome padre o tutore) _____

e la sottoscritta (cognome e nome madre o tutrice) _____

in qualità di genitori/esercanti la responsabilità genitoriale tutore/i affidatario/i,

CHIEDONO

l'iscrizione del ___ bambin _____

(cognome e nome)

a codesta scuola dell'infanzia sede di _____ per l'a. s. **2024/25**

(denominazione della scuola)

chiedono di avvalersi,

sulla base del piano triennale dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili, del seguente orario:

orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali per Serrara e Succhivo, **oppure**

orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per 25 ore settimanali, per Panza.

chiedono altresì di avvalersi:

dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile 2022**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che **compiono tre anni entro il 31 dicembre 2024**.

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

dichiarano che

l_ bambin _____

(cognome e nome)

(codice fiscale)

è nat_ a _____ il _____

è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ (prov.) _____

Via/piazza _____ n. _____ **Recapiti telefonici di reperibilità:**

cell. Padre _____ **cell. Madre** _____ **n.fisso** _____

e-mail _____

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

1. _____

2. _____

3. _____

5. _____

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(grado di parentela)

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie **SÌ** (**allegare certificato medico attestante le vaccinazioni effettuate**). oppure specificare la situazione vaccinale _____.

Si richiedono inoltre le seguenti informazioni relative all'alunn_

-Portatore di Handicap NO SI (in caso affermativo allegare certificazione medico-sanitaria)

Allergie/intolleranze alimentari: NO SI (in caso affermativo compilare modello allegato)

-Necessità di somministrazione farmaci a scuola: NO SI (quali _____)

Allegano consenso trattamento dati personali art. 9 reg. UE/679/2016

Firma di autocertificazione* (madre) _____ (padre) _____

(Legge n. 127 del 1997, d.P.R. n. 445 del 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. Il sottoscritto, presa visione dell'informativa 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, dichiara 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 _____ Presa visione *

(madre) _____

(padre) _____

* 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.