

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "LEONARDO DA VINCI" di Abbadia San Salvatore (SI)

l sottoscritt _____ in qualità di padre madre tutore
(cognome e nome)

CHIEDE per l'anno scolastico 2018- 2019

l'iscrizione del __bambin__ _____
(cognome e nome)

alla SCUOLA DELL'INFANZIA di Abbadia S.S. Castiglione d'Orcia Vivo D'Orcia
chiede 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
 orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino

chiede altresì di avvalersi:

dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile 2016**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza **dei nati che compiono tre anni di età entro il 31 dicembre 2018**. In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero.

Chiede di avvalersi dell'insegnamento della RELIGIONE CATTOLICA **SI**

NO e in tal caso opta per: attività didattica in sezioni parallele o con assistenza di personale docente
 non frequenza della scuola nelle ore di IRC (trasporto a carico dei genitori)

Chiede di avvalersi della MENSA SCOLASTICA **SI** **NO**

Chiede di avvalersi del TRASPORTO SCOLASTICO **SI** **NO**

dichiara che

- _l_ bambin__ _____
(cognome e nome) (codice fiscale)

- è nat_ a _____ il _____

- è cittadino italiano altro (indicare la nazionalità) _____

- se di altra nazionalità indicare da quanto tempo è in Italia _____

- è residente a _____ (prov.) _____

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____

- domiciliato(se diverso dalla residenza) a _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

- proviene dall'asilo nido **SI** **NO** (nome scuola) _____

- proviene dalla Scuola dell'Infanzia sez. _____ di _____

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla L.119/2017 **SI** **NO**

- la propria famiglia convivente è composta, oltre all'alunno, da:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela: in presenza di un solo genitore specificare se Unico o Vedovo/a)

Informazioni sui Genitori (richiesti a fini statistici)

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola 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 Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305). Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____ Firma * _____

_____ e-mail _____

_____ e-mail _____

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47, d.P.R. n. 445/2000)¹

Il/La
sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ (____)
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica; | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b; |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica; | <input type="checkbox"/> anti-morbillo; |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica; | <input type="checkbox"/> anti-rosolia; |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B; | <input type="checkbox"/> anti-parotite; |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse; | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017). |

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate. (apporre una crocetta sulle caselle interessate)

Per l'a.s. 2018/2019, la documentazione relativa all'adempimento vaccinale dovrà essere prodotta dai genitori all'atto dell'iscrizione del minore. In caso di presentazione della dichiarazione sostitutiva il termine per la consegna della documentazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali è fissato al **10 luglio 2018**.

(luogo, data)

Il genitore dichiarante

Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

¹ Da non compilare nel caso sia stata presentato il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.