

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Omnicomprensivo "A. Avogadro- L. da Vinci" Abbadia S. Salvatore
(denominazione dell'istituzione scolastica)

I sottoscritt _____
(cognome e nome)

in qualità di padre madre tutore

CHIEDE per l'anno scolastico 2024-2025

l'iscrizione del ___ bambin _____
(cognome e nome)

alla classe ____ della Scuola Primaria di Abbadia S.S. Castiglione d'Orcia

Piano dell'Offerta Formativa della Scuola:

TEMPO PIENO: 40 ORE settimanali in 5 giorni del lunedì al venerdì,

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

- _I_ bambin _____
(cognome e nome) _____ (codice fiscale)

- è nat_ a _____ il _____

- è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____

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

- è residente a _____ (prov.) _____

- Via/piazza _____ n. _____ tel. _____

- proveniente dalla scuola dell'Infanzia SI NO (nome Scuola) _____

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Cognome e nome _____ luogo e data _____ grado di parentela di un solo genitore specificare se è unico _____

È stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla L. 119/2017 SI NO

Chiede di avvalersi dell'insegnamento della RELIGIONE CATTOLICA SI NO

NO e in tal caso opta per attività didattica in classe 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

Firma di autocertificazione* _____
(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 * _____

* 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.

ALLEGARE COPIA CODICE FISCALE DELL'ALUNNO/A E DEI GENITORI

DICHIARAZIONE SOTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 d.P.R. n. 445/2000)

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; partire dal 2017). | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a |

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

(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 presentata l'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

DATI DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

PADRE:

COGNOME: _____

NOME: _____

C.F.: _____

TITOLO DI STUDIO. _____

OCCUPAZIONE: _____

TEL./CELL. _____

MAIL: _____

MADRE:

COGNOME: _____

NOME: _____

C.F.: _____

TITOLO DI STUDIO. _____

OCCUPAZIONE: _____

TEL./CELL. _____

MAIL: _____

TUTORE O TUTRICE:

COGNOME: _____

NOME: _____

C.F.: _____

TITOLO DI STUDIO. _____

OCCUPAZIONE: _____

TEL./CELL. _____

MAIL: _____