

a.s. 2019/2020

**RICONFERMA DI ISCRIZIONE alla Scuola dell'infanzia di .....**

**Nota Ministeriale n. 18902 del 07/11/2018  
da presentare esclusivamente "in una sola Istituzione scolastica"**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Aldo Moro" di Sutri

**SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE**

\_I\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

l'iscrizione del \_\_bambin\_\_ \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
a codesta scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2019/2020  
(denominazione della scuola)  
per la sezione \_\_\_\_\_ che ha già frequentato nel precedente anno scolastico

**chiede di avvalersi di:**

- orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali.
- orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino pari a 25 h

Intende avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica  **si**  **no**

(Art. 9.2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra Repubblica Italiana e la Santa Sede Firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la legge 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929)

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\_\_ \_\_\_\_\_  M  F  
(cognome e nome)
- è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- è cittadino  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_
- è residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) \_\_\_\_\_
- in Via/piazza \_\_\_\_\_ n°. \_\_\_\_\_
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  sì  no

\_I\_ bambin\_\_ è in situazione di Handicap  sì  no (**allegare certificato e diagnosi funzionale**)

\_I\_ bambin\_\_ può partecipare all'attività motoria prevista dalla scuola  sì  no  
(**se la risposta è NO, allegare certificazione medica**)

\_I\_ bambin\_\_ soffre di intolleranze o allergie farmacologiche, alimentari e altro  sì  no  
(indicare quali ..... ) (**Allegare certificazione medica**)

\_I\_ bambin\_\_ deve assumere dei medicinali salva vita  sì  no  
(**se la risposta è sì, allegare la certificazione medica**)

- Per: separazione , affidi , adozioni  ....., **allegare sentenze del Tribunale**

Per chi ha compilato il suddetto riquadro, deve **richiedere un colloquio con il Dirigente Scolastico.**

### DATI DEI GENITORI

**PADRE** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (Prov. ) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**MADRE** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ (Prov. ) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

	grado di parentela	cognome	nome	Luogo nascita	Data di nascita
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Scheda numeri di telefono del bambino.....

	COGNOME	NOME	Tel. casa	N° cellulare	Tel. Lavoro
<b>Mamma</b>					
<b>Papà</b>					

Sono consapevole che l'accoglimento delle opzioni espresse è subordinato: alla richiesta maggioritaria delle famiglie, all'esistenza delle condizioni logistico-organizzative che fanno capo ai Comuni di Sutri e Monterosi alla concessione da parte dell'U.S.P. di Viterbo delle unità di personale (collaboratore scolastico e insegnanti), necessaria per l'attuazione del tempo scuola richiesto.

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

Il sottoscritto 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 (RGDP-Regolamento UE 2016/679 Artt. 13 e 14 e D. Lgs. 101/2018).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_