



# MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE "R. F. EVOLA"

VIA G. BOMMARITO, 16 – 90041 BALESTRATE  
Tel. 091/8980071 – Fax 091/8980082 PAIC83700C@istruzione.it  
C.F.: 80027700824 – Cod. ministeriale PAIC83700C

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. \_\_\_\_\_**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "RETTORE F. EVOLA" DI BALESTRATE

**ALLEGATO "A"**

\_\_\_ I \_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ IN QUALITÀ DI

GENITORE

TUTORE

AFFIDATARIO

## CHIEDE

L'ISCRIZIONE DELL'ALUNN \_\_\_\_\_

PER L'A.S. \_\_\_\_\_ NEL PLESSO STATALE

PLESSO MATTARELLA	(Statale - Balestrate)	
PLESSO ALDISIO	(Statale - Balestrate)	
PLESSO M. PIA DI SAVOIA	(Statale - Trappeto)	

## E 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 ( FASCIA ORARIA CON MENSA)**

L'ISCRIZIONE AD ORARIO ORDINARIO E' VINCOLANTE

ORARIO RIDOTTO DELLE ATTIVITÀ EDUCATIVE **PER 25 ORE SETTIMANALI ( FASCIA ORARIA ANTIMERIDIANA)**  
SOLO NEL PLESSO MATTARELLA O INFANZIA TRAPPETO

## CHIEDE ALTRESÌ DI AVVALERSI

**DELL'ANTICIPO (PER I NATI ENTRO IL 30 APRILE 2023) SUBORDINATA ALLA DISPONIBILITÀ DI POSTI E ALLE PRECEDENZE DEI NATI CHE COMPIONO TRE ANNI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2025**

IN BASE ALLE NORME SULLO SNELLIMENTO DELL'ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CUI SI VA INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONE NON CORRISPONDENTE AL VERO

## AUTOCERTIFICAZIONE

A tal fine dichiara/dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole/i delle responsabilità in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:

L'alunn\_ \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

- E` nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- E` cittadin\_ [ ] italiano [ ] altro (indicare quale nazionalità) \_\_\_\_\_

- E` residente a \_\_\_\_\_ (Provincia) \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

- E' residente in Italia dal \_\_\_\_\_ (Solo per gli alunni stranieri)

Telefoni / cellulari \_\_\_\_\_

## DATI DEL NUCLEO FAMILIARE

Cognome del **PADRE** : cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita : \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- E` cittadin\_ [ ] italiano [ ] altro (indicare quale nazionalità) \_\_\_\_\_

- E` residente a \_\_\_\_\_ (Provincia) \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

Stato Civile: [ ] celibe; [ ] coniugato; [ ] separato; [ ] divorziato; [ ] vedovo; [ ] altro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

Cognome della **MADRE**: cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita : \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- E` cittadin\_ [ ] italiano [ ] altro (indicare quale nazionalità) \_\_\_\_\_

- E` residente a \_\_\_\_\_ (Provincia) \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

Stato Civile: [ ] nubile [ ] coniugata [ ] separata [ ] divorziata [ ] vedova [ ] altro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

Cognome del **Tutore/altro** : cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita : \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

- E' cittadino\_  italiano  altro (indicare quale nazionalità) \_\_\_\_\_

- E' residente a \_\_\_\_\_ (Provincia) \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

Stato Civile:  nubile  coniugata  separata  divorziata  vedova  altro \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

**Vi invitiamo a scrivere ulteriori recapiti telefonici nei casi di emergenza**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In caso di separazione dei genitori, indicare a chi è stato affidato il bambino/a e allegare relativa documentazione**

Padre  Madre  Tutore/altro

I SOTTOSCRITTI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA RESA DALLA SCUOLA AI SENSI DELL'ART.13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 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 (D.lgv 30.06.2003 n. 196 e regolamento ministeriale del 07.12.2006 n. 305)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

FIRMA TUTORE \_\_\_\_\_

L'ALUNNO \_\_\_\_\_  
(COGNOME) (NOME)

È IN REGOLA CON LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE AI SENSI DELLA LEGGE 119/2017 :

SI (ALLEGA COPIA DEL CERTIFICATO IN REGOLA CON LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE ai sensi del Decreto Legge n. 119 del 31/07/2017)

NO (ALLEGA COPIA DELLA PRENOTAZIONE DELLE VACCINAZIONI DA EFFETTUARE)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA :**

- DI NON AVERE EFFETTUATO L'ISCRIZIONE IN ALTRE SCUOLE;
- CHE LA PROPRIA FAMIGLIA È COMPOSTA, OLTRE CHE DALL'ALUNNO, DA:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

LA PRESENTE CERTIFICAZIONE 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)

### **FRATELLI E SORELLE FREQUENTANTI LO STESSO ISTITUTO**

Cognome	Nome	Plesso	classe

**MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ A CONOSCENZA DEL DIRITTO, RICONOSCIUTO DALLO STATO, DELLA LIBERA SCELTA DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA (ART. 9.2 DEL CONCORDATO 18.02.1984 RATIFICATO CON LEGGE 25.03.1985)

**CHIEDE**

**CHE IL/LA PROPRIO FIGLIO/A**

SI AVVALE DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

NON SI AVVALE DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

**MODULO INTEGRATIVO PER LA SCELTA DEGLI ALUNNI CHE NON SI AVVALGONO DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA:**

- ATTIVITÀ DIDATTICHE FORMATIVE CON ASSISTENZA DI PERSONALE DOCENTE
- NON FREQUENZA DELLA SCUOLA NELLE ORE DI INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA SE COMPATIBILE CON L'ORARIO SCOLASTICO

- **N. B. : LA SCELTA OPERATA HA EFFETTO PER L'INTERO PERCORSO SCOLASTICO**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

FIRMA TUTORE \_\_\_\_\_

- **ALUNNO CON D.S.A. :** SI  (si allega documentazione medico specialistica con indicazione della patologia)  
NO

- **ALUNNO DIVERSAMENTE ABILE** SI  - NO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A AL FINE DI CONSENTIRE GLI ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'ASSEGNAZIONE DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO, SEGNA LA CHE IL /LA PROPRI \_\_\_\_\_ FIGLI \_\_\_\_\_  
SI TROVA NELLE CONDIZIONI DI :

PORTATORE DI HANDICAP (L.104/02) IN FASE DI CERTIFICAZIONE

PORTATORE DI HANDICAP (L.104/02) RICONOSCIUTO E CERTIFICATO  
(ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE MEDICO SPECIALISTICA)

EVENTUALE CENTRO RIABILITATIVO FISIOTERAPICO CHE SEGUE L'ALUNNO  
(INDICARE IL NOME E LUOGO DEL CENTRO) \_\_\_\_\_

**PATOLOGIE – ALLERGIE – TOLLERANZE** SI  NO

IL /LA SOTTOSCRITTO/A COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A È AFFETTO/A DA :

PATOLOGIE DIAGNOSTICATE ( ES. DIABETE, EPILESSIA, ASMA , ECC. )

ALLERGIE DIAGNOSTICATE

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI DIAGNOSTICATE  
(ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE MEDICO-SPECIALISTICA CON L'EVENTUALE INDICAZIONI DELLE PRECAUZIONI DA PRENDERE)

ALLA LUCE DELLE DISPOSIZIONI DEL CODICE CIVILE IN MATERIA DI FILIAZIONE, LA SCELTA , RIENTRANDO NELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DEVE ESSERE SEMPRE CONDIVISA DAI GENITORI. QUALORA SIA FIRMATA DA UN SOLO GENITORE SI INTENDE CHE LA SCELTA SIA STATA COMUNQUE CONDIVISA.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

FIRMA TUTORE \_\_\_\_\_