



# 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

<b>PLESSO MATTARELLA</b>	<b>(Statale - Balestrate )</b>	
<b>PLESSO ALDISIO</b>	<b>(Statale - Balestrate)</b>	
<b>PLESSO M. PIA DI SAVOIA</b>	<b>(Statale - Trappeto )</b>	

**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)**

**CHIEDE ALTRESÌ DI AVVALERSI**

**DELL'ANTICIPO (PER I NATI ENTRO IL 30 APRILE 2022) SUBORDINATA ALLA DISPONIBILITÀ DI POSTI E ALLE PRECEDENZE DEI NATI CHE COMPIONO TRE ANNI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2024**

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

- **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, SEGNALE 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 \_\_\_\_\_

**LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE  
DI DATI E IMMAGINI RIGUARDANTI L'ALUNNA/O**

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_ (*padre*) C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (*madre*) C.F. \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di  genitori  tutori  altro \_\_\_\_\_

dell'alunno/a minorene \_\_\_\_\_ frequentante la scuola

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ed anche ai sensi dell'art 10 cod. Civ. E degli art. 96 e 97 legge 22/04/1941, n. 633, l'Istituto Comprensivo "Rettore F. Evola" alla pubblicazione, a titolo gratuito, di dati e immagini fotografiche, in cui compare la/il propria/o figlia/o, per il relativo utilizzo nell'ambito dell'attività scolastica. In tale prospettiva le foto potranno essere pubblicate, a titolo gratuito, sul sito internet della scuola o sul blog connesso dedicato alla didattica, sugli stampati editi dalla scuola stessa e quant'altro prodotto per fini didattici e promozionali dei vari plessi scolastici dell'Istituto Comprensivo. In qualsiasi momento sarà possibile richiedere la rimozione dal sito di dati e fotografie riguardanti il minore, inviando una e-mail all'indirizzo: [paic83700c@istruzione.it](mailto:paic83700c@istruzione.it)

La presente autorizzazione è da ritenersi valida per l'intero percorso scolastico.

DATA \_\_\_\_\_

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

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

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