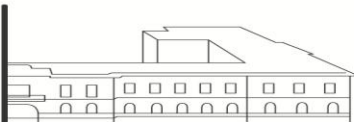


**1°CD**  
**GIUGLIANO**

P.zza Gramsci, 7 - 80014  
Giugliano in Campania (NA)



tel./fax 081 895 13 00  
e-mail naee139006@istruzione.it  
naee13900@pec.istruzione.it  
www.primocircolodidattico.gov.it  
cod.fisc. 80101750638

**DOMANDA DI ISCRIZIONE alla SCUOLA DELL'INFANZIA A.S.2018/19**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
SEDE NIEVO**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)  
**CHIEDE**

l'iscrizione dell'alunn \_\_\_\_\_  
alla scuola dell'infanzia di questa Istituzione Scolastica per l'a.s. **2018/19**

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:**

l'alunn \_\_\_\_\_  
cognome e nome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- è cittadino italiano  altro  (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. casa \_\_\_\_\_ tel. Madre \_\_\_\_\_ tel. Padre \_\_\_\_\_

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

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  **SI**  **NO**

presso l'ASL di \_\_\_\_\_

**(allegare certificato vaccinale rilasciato dall'ASL competente)**

Alunno diversamente abile  **SI**  **NO**

Alunno con DSA  **SI**  **NO**

**(Ai sensi della legge 104/1992 e della legge 170/2010, in caso di alunno con disabilità o disturbi specifici di apprendimento (DSA), la domanda andrà perfezionata presso la segreteria scolastica consegnando copia della certificazione e/o diagnosi entro 10 gg dalla chiusura delle iscrizioni)**

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

*(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi)*

**(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

