



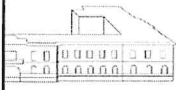
Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo europeo di sviluppo regionale

**1°CD**  
**GIUGLIANO**

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



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

**DOMANDA DI ISCRIZIONE alla SCUOLA DELL'INFANZIA A.S.2023/24 SEDE GRAMSCI**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_I\_\_ 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. **2023/24**

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 \_\_\_\_\_

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.	_____	_____	_____

Se l'alunno/a non è nato/a in Italia, indicare l'età di arrivo in Italia (anni compiuti).

1 anno    2 anni    3 anni    4 anni    5 anni    6 anni    7 anni    8 anni    9 anni

Indicare se l'alunno ha frequentato l'asilo nido:                      SI            NO

fratelli e sorelle frequentanti questa scuola:

Cognome	Nome	classe e sez.
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tempo pieno    8.00-16.00                       Attività antimeridiana    8.00-13.00

Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica                      SI

Scelta di **non** avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica                      NO

Data \_\_\_\_\_                      Firma: \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare alla presente:**

- Modello Trattamento dati personali genitori/alunni, firmato da entrambi i genitori;
- Fotocopia codice fiscale dell'alunno/a;
- Fotocopia codici fiscali e documento di riconoscimento di entrambi i genitori;

**Le spese per assicurazione infortuni saranno effettuate all'atto della frequenza (a settembre 2023) attraverso la piattaforma Spaggiari Pago online. Le indicazioni saranno fornite con apposita circolare.**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)

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 (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Regolamento EU 2016/679. Informativa completa sul sito istituzionale [www.primocircolodidattico.edu.it](http://www.primocircolodidattico.edu.it) area Privacy

Data \_\_\_\_\_                      Firma genitore 1 \_\_\_\_\_

Firma genitore 2 \_\_\_\_\_