



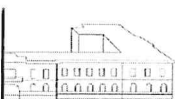
Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA
Fondo europeo di sviluppo regionale

**1°CD
GIUGLIANO**

Piazza Gramsci, 7 - 80014
Giugliano in Campania (NA)



tel. Max 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 NIEVO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

__l_ 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 area Privacy

Data _____ Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____