

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA
PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DDS GRAGNANO 2 "ORESTE LIZZADRI"

Il sottoscritto _____ nat _____ a _____

(riferito al genitore)

il _____ residente a _____ (prov. _____) in via _____

Tel : _____ Cell. madre _____ Cell. Padre _____

email@ _____;

genitore dell'alunno/a _____

(nome e cognome alunno)

CHIEDE

L'iscrizione del/la **figlio/a** alla scuola dell'infanzia del

PLESSO VIAVITTORIO VENETO,18

PLESSO VIA LAMMA

PLESSO CAPRILE-AURANO

Firma

Chiede di avvalersi

- orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali** dal Lunedì al Venerdì dalle ore **8.05** alle ore **16.05** con servizio di refezione erogato dal Comune a pagamento

oppure

- orario ridotto delle attività educative per 25 ore settimanali** dal Lunedì al Venerdì dalle ore **8.05** alle ore **13.05** con svolgimento nella fascia del mattino senza refezione (con un solo docente e possibilità di sezione eterogenea).
Tale sezione si istituirà solo se si raggiunge il numero legale degli iscritti.

N.B. Non è previsto nel corso dell'anno scolastico apportare variazioni all'orario richiesto.

Chiede altresì di avvalersi:

- dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile 2017**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che **compiono tre anni entro il 31 dicembre 2019.**

Documenta la richiesta rilasciando la seguente **autocertificazione** (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000):

Dichiara ai sensi della L. 15/68 e 127/97, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, che **l'alunno/a:**

1. _____
(Cognome) (Nome)
2. è nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
3. è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____
4. risiede a _____ (prov ____) in via _____ n. _____
5. codice fiscale _____ *allegato
6. che il suo nucleo familiare, così composto, risiede in via _____ n. _____:
(non è necessario indicare il nome dell'alunno)

Padre _____ nato a _____ il ____ / ____ / ____
Professione _____ Titolo di Studio _____

Madre _____ nata a _____ il ____ / ____ / ____
Professione _____ Titolo di Studio _____

Figli_ _____ nat_ a _____ il ____ / ____ / ____

Figli_ _____ nat_ a _____ il ____ / ____ / ____

Figli_ _____ nat_ a _____ il ____ / ____ / ____

Figli_ _____ nat_ a _____ il ____ / ____ / ____

7. è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie* ai sensi D.L. 07.06.17, n. 73 convertito con modificazioni della Legge 31.07.17, n.119

* Si allega **Fotocopia Libretto Vaccinazioni o Autocertificazione**

SI

NO

Firma di autocertificazione*

__l_ sottoscritt_ _____, a conoscenza del diritto riconosciuto dallo Stato della libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (art.92 del Concordato 18.02.1984 ratificato con Legge 25.03.1985),

chiede che __l_ propri figli possa

Avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

SI

NO

Firma del genitore⁽¹⁾ _____

(1). Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

Richieste dei genitori:

***Modulo** Prelievo alunni al termine delle lezioni:

1) Adulti autorizzati a prendere in consegna il/la bambino/a

COGNOME E NOME	N.° CARTA DI IDENTITÀ	GRADO DI PARENTELA

**facoltativo possibile aggiornare in corso anno scolastico*

***Trasporto**

2) Uso del servizio **trasporto erogato dal Comune**

usufruibile da..... e/o frazione.....

inoltrare il nominativo dell'adulto delegato

(*accompagnatore del bus scuola*) al prelievo dell'alunno

entro il primo giorno del servizio.

 SI NO

3) Uso del **trasporto privato** in caso affermativo

inoltrare il nominativo dell'adulto delegato

(*accompagnatore del bus privato*) al prelievo dell'alunno

entro il primo giorno del servizio.

 SI NO

**facoltativo possibile aggiornare in corso anno scolastico*

Modulo 2 Compilazione per le intolleranze e/o allergie alimentari

 SI NO

Firma del genitore⁽¹⁾

OGGETTO: LIBERATORIA
Io sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....
Iscritto alla classe/sezione.....del DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri".
AUTORIZZO
Il personale della Scuola ad effettuare fotografie e riprese video per le attività didattiche in cui compaia mio/a figlio/a. Acconsento, quindi, che le immagini vengano utilizzate anche sulle pagine web ufficiali della scuola per la documentazione delle esperienze per fini <u>esclusivamente</u> didattici.
La liberatoria è valida per tutti gli anni di permanenza dell'alunno nel DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri".
Gragnano, ___/___/___
IN FEDE

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE
Io sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....
Iscritto alla classe/sezione.....del DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri".
AUTORIZZO
Mio/a figlio/a a partecipare alle Visite Guidate Programmate nel POF.
Gragnano, ___/___/___
IN FEDE

*Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto 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 successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione – tramite sito web- del Patto di corresponsabilità, nonché del Regolamento di Circolo in merito ai criteri generali per la formazione delle sezioni.

Gragnano, li _____

Firma del genitore⁽¹⁾ _____

(1) Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA
PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Si allega alla presente ***bollettino di versamento** su c/c postale n. **21048806** o ***ricevuta versamento** su **IBAN Postale IT22E0760103400000021048806** o su **IBAN Bancario IT24U0538739910000001323105** intestato a **DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri" Via Vittorio Veneto 18 Gragnano - 80054**

EVENTUALI RICHIESTE PERSONALI:

Firma

Data ___/___/201__

** Come da delibera n.1025 del C.d.C del 26/01/2016, il versamento è comprensivo di Quota assicurativa e Contributo volontario e ammonta a :*
€ 15.00 pro-capite;
€ 25.00 per le famiglie con **2 figli**;
€ 35.00 per le famiglie con **3 figli**;
€ 40.00 per le famiglie con **4 figli**.