#### DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL’INFANZIA A.S. 2024/2025

**Alla Dirigente Scolastica**

**dell’Istituto Comprensivo Lucca 5**

□ Genitore/ esercente la responsabilità genitoriale

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di □ Tutore

 Cognome e nome □ Affidatario

#### C H I E D E

##### L’iscrizione per l’A.S. 2024/2025 del/della bambin\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla scuola dell’infanzia di

□ Ponte a Moriano

□ San Cassiano a Vico

□ San Michele di Moriano

**Chiede altresì di avvalersi, sulla base del Piano Triennale dell’Offerta Formativa, del seguente orario:**

□ orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali

**OPPURE**

□ orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per 25 ore settimanali.

**Chiede altresì di avvalersi:**

□ dell’anticipo (subordinatamente alla disponibilità dei posti, alla precedenza dei nati che compiono tre anni entro il 31/12/2024 ed ai criteri stabiliti dal collegio docenti) nel caso il bambino compia il 3° anno di età entro il 30/04/2025.

**In base alle norme sullo snellimento dell’attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, dichiara che:**

* Il/la bambino/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome Codice Fiscale

* □ maschio □ femmina

######

* È nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* È cittadino/a Italiano □ altro □ (indicare nazionalità)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* È residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 in Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_

* È domiciliato in (se diverso dalla residenza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre:**

* che la propria famiglia convivente è composta da:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome di tutti i componenti la famiglia** | **Luogo e data di nascita** | **Grado di parentela con l’alunno (Padre,Madre, affidatario, tutore, fratello,sorella)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Il sottoscritto chiede, inoltre, che il/la propri\_ figli\_\_:**

* Usufruisca dello scuolabus sì □ no □
* Usufruisca del servizio mensa sì □ no □

Il sottoscritto dichiara che il/la propri\_ figli\_\_:

* Ha già frequentato la scuola dell’infanzia sì □ no □
* Ha frequentato l’asilo nido di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sì □ no □
* Ha fratelli /sorelle/ presenti nella scuola sì □ no □

**INFORMAZIONI PER LA SCUOLA**

* Alunno/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie sì □ no □
* Alunno/a con allergie /intolleranze alimentari certificate sì □ no □ (nel caso di allergie /intolleranze alimentari certificate allegare relativa certificazione medica)

 **INFORMAZIONI FACOLTATIVE\***

**\***Lavoro del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Datore di lavoro c/o ditta/ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Lavoro della madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Datore di lavoro c/o ditta/ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **\***Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*Esprimere una sola preferenza di scelta per un compagno/una compagna, dello stesso anno di età, ai fini

 dell’eventuale inserimento nella stessa sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Altri numeri telefonici in caso di necessità:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nominativo** | **n. telefono** | **n. cellulare** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Indicare il nominativo del medico curante :

Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per gli adempimenti vaccinali - di cui al decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci” – il/la sottoscritto/a…………………………………………..……….. dichiara di essere consapevole del fatto che la certificazione di avvenuta vaccinazione agli atti dell’USL di riferimento, costituisce requisito di accesso alla scuola stessa.

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).

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il /La sottoscritto/a dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell’istituzione scolastica sia stata consapevolmente condivisa.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

* compilazione modulo lista di attesa
* fotocopia codice fiscale genitore e figlio e copia documento identità del genitore
* Allegato B modulo per l’esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica
* Allegato C Modulo integrativo per le scelte degli alunni che non si avvalgono della Religione Cattolica
* Certificato di avvenuta vaccinazione da produrre successivamente alle comunicazioni che fornirà l’AUSL di riferimento in merito ad eventuali inadempienze (comunque entro il 31 agosto 2024).

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy previste dalle normative di riferimento vigenti.

I dati richiesti nella presente domanda sono necessari al fine di ottimizzare la gestione dei minori che usufruiranno dei servizi scolastici del nostro Istituto nel rispetto delle normative sulla privacy attualmente vigenti.