



Istituto Comprensivo Statale "Ai nostri caduti"

Via Pietro Nenni, 2 – 20056 **Trezzo sull'Adda** (MI)

Tel: 02/90933320 - Fax: 02/90933439

Cod. fisc. 91546630152 – Cod. Mecc. MIIC8b2008 – codice univoco ufficio: UFY1XJ

MAIL: MIIC8B2008@istruzione.it PEC: MIIC8B2008@pec.istruzione.it

sito: www.ictrezzo.gov.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

*Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Santini Patrizia
dell'Istituto Comprensivo di
TREZZO SULL'ADDA*

Il/La Sottoscritto/a genitore tutore affidatario

Cognome e nome

dell'alunno/a

Cognome e nome

CHIEDE

l'iscrizione dello stesso alla Scuola dell'Infanzia

Alla luce delle disposizioni vigenti, la richiesta di iscrizione rientra nella responsabilità genitoriale e deve essere sempre condiviso da entrambi i genitori.

Pertanto dichiaro di aver effettuato la scelta nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale.

Ai sensi dell'Art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni sono sottoscritte dall'interessato in presenza del personale della Segreteria.

Ai sensi del D.L. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'Art. 48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal D.L. 7.06.2017 n. 73, convertito con modificazioni dalla Legge 31.07.2017 n. 119.

SCelta DEL TEMPO SCUOLA

Il sottoscritto, sulla base delle opportunità educative offerte dalla scuola, consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste e dei criteri fissati dal Consiglio di Istituto, chiede che il/la proprio/a figlio/a possa in ordine preferenziale essere assegnato a classi con l'organizzazione o le caratteristiche di seguito indicate:

ORGANIZZAZIONE ORARIA:

ORARIO RIDOTTO DELLE ATTIVITA' EDUCATIVE

(25 ore settimanali dalle 8,00 alle 13,00)

ORARIO ORDINARIO DELLE ATTIVITA' EDUCATIVE

(40 ore settimanali dalle 8,00 alle 16,00)

MENSA dalle ore 12:00 alle ore 13:30

SI'

NO

La scelta di usufruire o meno del servizio mensa rimane poi vincolante per l'intero anno scolastico.

Si precisa che:

- l' **ENTRATA** avviene dalle ore 8,00 alle ore 9,00

- l' **USCITA** nell'ORARIO RIDOTTO avviene dalle ore 12,45 alle ore 13,00

- l' **USCITA** nell'ORARIO ORDINARIO avviene dalle ore 15,45 alle ore 16,00

CRITERI DI PRELAZIONE IN CASO DI ISCRIZIONI IN NUMERO ECCELENTE LE DISPONIBILITA':

1. Alunni residenti diversamente abili o segnalati dai Servizi Sociali;
2. Alunni residenti con famiglia monoparentale (genitore lavoratore, stato di famiglia e dichiarazione del datore di lavoro);
3. Alunni residenti con fratelli/sorelle frequentanti l'Istituto;
4. Alunni residenti di 5 anni;
5. Alunni residenti di 4 anni;
6. Alunni residenti di 3 anni (entro il 31 dicembre);
7. Alunni non residenti con genitori che lavorano vicino alla scuola (con precedenza 1-2-3-4-5-6);
8. Alunni non residenti (secondo precedenza 1-2-3-4-5-6);
9. Alunni in lista d'attesa (secondo precedenza 1-2-3-4-5-6);
10. Alunni fuori termine iscrizione (secondo precedenza 1-2-3-4-5-6).

In caso di eccedenza delle domande a parità di precedenza si utilizzerà il sorteggio.

Trezzo sull'Adda, _____

Firma primo genitore

Firma secondo genitore

INFORMAZIONI SULL'ALUNNO/A

Scuola da cui proviene: Asilo Nido	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Scuola dell'Infanzia	<input checked="" type="checkbox"/> SI	di _____	<input type="checkbox"/> NO
Per gli alunni stranieri data di arrivo in Italia _____			
Alunno/a in affidamento ai Servizi Sociali	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alunno/a con situazione familiare disagiata comprovata dal Servizio Sociale	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alunno/a proveniente da famiglia con un solo genitore che lavora	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Altri fratelli/sorelle frequentanti lo stesso Istituto	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati anagrafici dell'alunno potranno essere comunicati ai responsabili del servizio mensa per i fini organizzativi dello stesso. La mancanza del consenso su questo punto comporterà l'impossibilità assoluta alla somministrazione regolare dei pasti. Questa istituzione garantisce che il soggetto a cui i dati sono comunicati tratterà gli stessi in conformità alle disposizioni del D.Lgs 196/2003.

Do il consenso Nego il consenso

I dati personali e sensibili dell'alunno potranno essere comunicati a compagnie assicurative in occasione di infortuni accorsi allo stesso per l'esplicazione delle pratiche di rimborso.

Do il consenso Nego il consenso

I dati anagrafici dell'alunno potranno essere comunicati ad enti esterni per l'organizzazione di attività didattiche di vario genere incluse le gite didattiche (in tal caso la determinazione del soggetto a cui i dati saranno comunicati verrà fatta per ogni singolo evento)

Do il consenso Nego il consenso

I dati anagrafici nonché una fototessera dell'alunno verranno riportati su un tesserino di riconoscimento che verrà fatto indossare in occasione di uscite didattiche.

Do il consenso Nego il consenso consapevole non potrà partecipare a nessuna uscita didattica

I dati anagrafici dell'alunno potranno essere comunicati ad altri Istituti di Istruzione che li richiedano al fine di utilizzarli per informare circa la loro offerta di servizi formativi

Do il consenso Nego il consenso

Personale autorizzato dell'Istituto potrà riprendere mediante l'ausilio di mezzi audiovisivi nonché fotografare il minore, nei casi espressamente assoggettati al consenso del tutore, per fini strettamente connessi all'attività didattica (compresi i progetti con esperti esterni). Le fotografie inoltre potranno essere esposte sia all'interno dei locali dell'Istituto che pubblicate per articoli riguardanti l'attività didattica svolta.

Do il consenso Nego il consenso

Trezzo sull'Adda, _____

Firma primo genitore

Firma secondo genitore

MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON
AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA PER L'ANNO
SCOLASTICO 2018/2019

ALUNNO/A _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della Religione Cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta dell'Autorità Scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se AVVALERSI o NON AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso nei casi in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nella modalità di applicazione, il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

- Scelta di AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica;
- Scelta di NON AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica.

Trezzo sull'Adda, _____

Firma primo genitore

Firma secondo genitore

Art. 9 c. 2 dell'accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede, firmato il 18.2.1984, ratificato con la legge 25.3.1985, n. 121 che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11.2.1929:

“La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado.

Nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento.

All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'Autorità Scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione”.

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla Privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305.

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA DELL'ALUNNO/A

	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Residenza e Indirizzo
Padre	nato a Prov. il/...../.....	Via tel.
Madre	nato a Prov. il/...../.....	Via tel.
Affidatario	nato a Prov. il/...../.....	Via tel.

Nominativi di altri figli frequentanti una Scuola

Cognome e Nome	Classe relativa A.S. 2018/2019	Scuola dell'Infanzia, Primaria o Secondaria di 1° grado dell'Istituto Comprensivo di Trezzo sull'Adda
.....
.....
.....
.....

Trezzo sull'Adda, _____

Firma primo genitore

Firma secondo genitore

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ART. 47 DEL D.P.R. N. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____)

in Via/Piazza _____ n. _____

-in qualità di: *(apporte una X nella casella interessata)*

<input type="checkbox"/>	genitore esercente la responsabilità genitoriale
<input type="checkbox"/>	tutore
<input type="checkbox"/>	soggetto affidatario

-ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 73 del 7.06.2017, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31.07.2017;

-sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci;

DICHIARA

che il figlio/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

HA EFFETTUATO le seguenti vaccinazioni obbligatorie *(apporte una X nelle caselle interessate)*

<input type="checkbox"/>	anti-poliomelitica	<input type="checkbox"/>	anti-Haemophilus influenzae tipo b
<input type="checkbox"/>	anti-difterica	<input type="checkbox"/>	anti-morbillo
<input type="checkbox"/>	anti-tetanica	<input type="checkbox"/>	anti-rosolia
<input type="checkbox"/>	anti-epatite B	<input type="checkbox"/>	anti-parotite
<input type="checkbox"/>	anti-pertosse	<input type="checkbox"/>	anti-varicella <i>(solo per i nati nell'anno 2017)</i>

E' ESONERATO/A da una o più vaccinazioni

HA OMESSO una o più vaccinazioni

HA DIFFERITO una o più vaccinazioni

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

che HA RICHIESTO all'ASL di effettuare le vaccinazioni obbligatorie mancanti

SI IMPEGNA

a consegnare alla Scuola, entro il 5 settembre 2018, tutta la documentazione che conferma quanto ha qui dichiarato; in caso di mancata consegna il figlio non potrà frequentare i servizi per l'Infanzia.

Trezzo sull'Adda, _____

Firma primo genitore

Firma secondo genitore