



**MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA PUGLIA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "PEROTTO – ORSINI"**

Via Gramsci,12 - Tel. e Fax 0884/581911  
71043 Manfredonia (FG)

Cod. Mecc. FG IC863007

E-Mail FGIC863007@istruzione.it

Cod. Fiscale 92054970717

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. 2018/2019**  
**ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

Al Dirigente Scolastico del \_\_\_\_\_  
(denominazione dell'istituzione scolastica)

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

l'iscrizione del    bambin \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
a codesta scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2018/2019  
(denominazione della scuola)

**chiede di avvalersi,**  
sulla base del Piano dell'Offerta Formativa della scuola e delle risorse disponibili, del seguente orario:

- orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali (con servizio mensa) *oppure*;  
 orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino (senza servizio mensa) orario non attuato negli ultimi anni

**chiede altresì di avvalersi:**

dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile 2019**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che **compiono tre anni entro il 31 dicembre 2018**.

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**

-   1   bambin \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (codice fiscale)

- è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- è cittadino  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:  
(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi)

1. \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

2. \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie Si  No

In caso di risposta negativa dichiarare:

- è stato esonerato

- è stato differito

**Firma di autocertificazione**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

I sottoscritti, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, dichiarano di essere consapevoli 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)

Data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

*(Leggi 15/1998, 127/1997, 13/1998; DPR 445/2000)*

*Si allega fotocopia della carta d'identità di padre e/o madre*

**N.B. In caso non fosse possibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il genitore richiedente dovrà sottoscrivere la seguente dichiarazione:**

**"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"**

*Si allega fotocopia della carta d'identità del dichiarante: Documento \_\_\_\_\_*

Firma \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_

**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**

**EVENTUALI PARENTI A CUI AFFIDARE IL MINORE IN CASO DI NECESSITÀ:**

Ai sig/ri \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ residente in Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Preferenza Insegnante:**

1^ scelta: \_\_\_\_\_

2^ Scelta: \_\_\_\_\_



**MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA PUGLIA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "PEROTTO – ORSINI"**  
Via Gramsci,12 - Tel. e Fax 0884/581911  
71043 Manfredonia (FG)

Cod. Mecc. FG IC863007

E-Mail FGIC863007@istruzione.it

Cod. Fiscale 92054970717

**Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica**

**Alunno** \_\_\_\_\_

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 in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nelle 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

Data \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado (se minorenni)

Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. articolo 155 del codice civile, modificato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54)

**N.B. Si Comunica che in caso il genitore non intenda avvalersi dell'I.R.C. il/la Bimbo/a svolgerà attività didattiche e formative con la presenza di personale docente**