

a.s. 2024/2025

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo LANZARA

Notizie alunno/a ISCRIZIONE alla SCUOLA PRIMARIA **TRIVIO** *Tempo Normale*

LANZARA *Tempo Pieno* *Tempo Normale*

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ Comune o Stato Estero _____ cittadinanza _____

Sesso _____ Codice fiscale _____

Il/La Sottoscritto/a genitore - tutore

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ Comune o Stato estero _____ cittadinanza _____

Sesso _____ Codice fiscale _____

in qualità di **madre** **padre** **affidatario** **tutore**

Residenza: Via _____ n. _____ Comune _____

Tel. _____ Cell. _____ Posta Elettronica (e-mail) _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) Via _____ n. _____ Comune _____

Divorziato/Separato **si** **no** **Affido congiunto** **si** **no**

(se l'affido non è congiunto è necessario allegare adeguata documentazione entro l'avvio del nuovo anno scolastico)

Dati altro genitore / tutore

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ Comune o Stato estero _____ cittadinanza _____

Sesso _____ Codice fiscale _____

in qualità di **madre** **padre** **affidatario** **tutore**

Residenza: Via _____ n. _____ Comune _____

Tel. _____ Cell. _____ Posta Elettronica (e-mail) _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) Via _____ n. _____ Comune _____

CHIEDE

L'iscrizione dell'alunno/a Cognome _____ Nome _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) Via _____ n. _____ Comune _____

Alunno con disabilità **SI** **NO**

Alunno con DSA **SI** **NO**

CHIEDE di avvalersi del seguente orario

- orario TEMPO NORMALE
- orario TEMPO PIENO (solo plesso di Lanzara)

INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

- Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
- Scelta di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Dichirazione privacy e autocertificazioni:

- Acconsento che i dati rilasciati siano utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy scuole statali (art. 13 Regolamento UE 679/2016)**
- Informativa sulla legge di autocertificazione (leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)**

Allegati :

- Stato obbligo vaccinazioni**

Data _____

Firma dei Genitori

N.B. : In caso di firma di un solo genitore sottoscrivere la seguente dichiarazione Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma Genitore

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a genitore/ tutore _____
nato/a a _____ (____) il _____, residente a _____ (____) in via _____, n. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che l'alunno/a _____ nato/a a _____ (____) il _____, iscritto / frequentante la classe /sez. _____ plesso _____

Scuola Infanzia dell'I.C. LANZARA

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito ⁽¹⁾:**

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (*solo per i nati a partire dal 2017*).

- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.**

(apporre una croce sulle caselle di interesse)

⁽¹⁾ *Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.*

Il/La sottoscritto/a nel caso in cui non abbia già provveduto si impegna a consegnare, entro il 10 marzo 2025 la documentazione comprovante quanto dichiarato

Lanzara _____

Firma dei genitori

N.B. : In caso di firma di un solo genitore sottoscrivere la seguente dichiarazione

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. 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).

(in caso di alunno con disabilità o DSA la domanda andrà perfezionata consegnando copia delle certificazioni)