**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**SCUOLA DELL’INFANZIA “MONUMENTO AI CADUTI”**

33050 RONCHIS (UD) - Corso Italia, 23

Tel./Fax 0431.56625 – 3703718932 E-mail: asilo.ronchis@tiscali.it

Il/La sottoscritto/a  padre  madre  tutore dell’alunno/a consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà

punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR. 445/2000)

**C H I E D E**

l’iscrizione dello/a stesso/a presso codesta Scuola dell’Infanzia per l’anno scolastico alla sezione:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIDO TEMPO PARZIALE | NIDO TEMPO PIENO | | PRIMAVERA TEMPO PIENO | | PRIMAVERA TEMPO PROLUNGATO |
| PICCOLI | | MEDI | | GRANDI | |

e a tal fine:

**D I C H I A R A**

che il bambino/a:

* è nato/a a il .
* è residente a via/piazza nº .
* è cittadino/a  italiano/a  altro (indicare quale) .
* C.F. .

***DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI***

**Madre**  nato a il .

* è residente a via/piazza nº .
* C.F. telefono .

**Padre**  nato a il .

* è residente a via/piazza nº .
* C.F. telefono .

**C H I E D E I N O L T R E**

che la fattura per il pagamento della retta venga emessa a nome del: padre/tutore madre   
EMAIL: .

**ALLEGARE SOLO ALLA PRIMA ISCRIZIONE:**

* COPIA CARTA D’IDENTITA’,
* COPIA CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA DI ENTRAMBI I GENITORI
* COPIA CODICE FISCALE DEL BAMBINO/A
* DOCUMENTAZIONE VACCINALE PREVISTA DALLA NORMATIVA VIGENTE

Data Firma .

Il/La sottoscritto/a  padre  madre  tutore ha preso inoltre visione e accetta i termini:

del Progetto Educativo di Istituto

del Piano dell’Offerta Formativa

del Regolamento Istitutivo

Data Firma .

**ALTRE NOTIZIE UTILI ALLE INSEGNANTI**

Il bambino/a:

1. Proviene:  dalla famiglia  da altra Scuola/Istituto
2. (di interesse per la distribuzione pasti / alimenti)

non ha alcuna allergia o intolleranza alimentare

è affetto da allergia a .

è affetto da intolleranza a .

è affetto dalla seguente patologia: .

(\*) in caso di allergie o intolleranze è necessario allegare la certificazione medica.

1. Quali sono le persone autorizzate dai genitori a prelevare il bambino dalla Scuola

**(ALLEGARE LA COPIA DELLE CARTE DI IDENTITA' DELLE PERSONE DELEGATE)**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME | GRADO DI PARENTELA / RUOLO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Ulteriori notizie (di salute e non) che i genitori intendono portare a conoscenza delle insegnanti:

.

.

**OPZIONE PER L’INSEGNAMENTO DELLA LINGUA FRIULANA   
(AI SENSI DELL’ART. 4, C. 5, DELLA LEGGE N. 482/1999)**

Desidero che mio figlio/a:

**SI AVVALGA**

**NON SI AVVALGA**

dell’insegnamento della **LINGUA FRIULANA**

Data Firma .

**OPZIONE PER LA PARTECIPAZIONE A USCITE SUL TERRITORIO**

Desidero che mio figlio/a:

**PARTECIPI**

**NON PARTECIPI**

alle uscite sul territorio che verranno organizzate da codesto istituto e comunicate.

Data Firma .

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto consapevole che la scuola presso la quale il bambino sarà iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri DICHIARANO di aver preso visione dell’INFORMATIVA per il TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI redatta ai sensi dell’art.80 D.lgs. 10.8.2018 n. 101 e dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) pubblicata su sito dell’istituto, inoltre esprimono il proprio consenso:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RICHIESTA** | **Apporre una crocetta sulla scelta** | |
| Personale autorizzato dall’Istituto potrà fotografare l’allievo/a in occasione della foto di classe che verrà consegnata anche alle famiglie degli altri alunni coinvolti che ne facciano richiesta. La comunicazione potrà avvenire mediante la consegna della fotografia stampata o anche mediante consegna di file che riproducono le stesse immagini | □ Do il consenso | □ Nego il consenso |
| I docenti potranno raccogliere foto e video delle attività svolte dalle classi (gite, uscite, laboratori…) e consegnarli tramite file su supporto mobile (chiavetta, cd-rom…) o link alle famiglie degli alunni stessi | □ Do il consenso | □ Nego il consenso |
| I dati anagrafici dell’allievo/a potranno essere comunicati a altri istituti di Istruzione che li richiedano al fine di utilizzati per informare circa la loro offerta di servizi formativi. | □ Do il consenso | □ Nego il consenso |

Per ulteriori particolari situazioni Vi verrà inoltrata specifica richiesta di autorizzazione.

Data Firma .

## QUOTA DI ISCRIZIONE

L'importo della quota di iscrizione è di 65 euro da pagarsi tramite bonifico bancario presso:

**BENEFICIARIO**: PARR.S.ANDREA APOSTOLO-GEST.SC.MAT.MONUMENTO AI C. **IBAN**: IT57N0623063900000015370883

**BANCA**: CREDIT AGRICOLE SPA

**CAUSALE**: <NOME e COGNOME ALUNNO> ISCRIZIONE <ANNO SCOLASTICO>

Nota: In caso di richiesta di ritiro prima dell'avvio dell'anno scolastica, non si ha diritto della quota di iscrizione.