



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)

CHIEDE

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:

DICHIARA

che il bambino/a:

- è nato/a a il .
- è residente a via/piazza n° .
- è cittadino/a italiano/a altro (indicare quale) .
- C.F. .

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI

Madre nato a il .

- è residente a via/piazza n° .
- C.F. telefono .

Padre nato a il .

- è residente a via/piazza n° .
- C.F. telefono .

CHIEDE INOLTRE

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:

I. Proviene: dalla famiglia da altra Scuola/Istituto

II. (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.

III. 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

IV. 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	<input type="checkbox"/> Do il consenso	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Do il consenso	<input type="checkbox"/> Nego il consenso
I dati anagrafici dell'allievo/a potranno essere comunicati a altri istituti di Istruzione che li richiedano al fine di utilizzarli per informare circa la loro offerta di servizi formativi.	<input type="checkbox"/> Do il consenso	<input type="checkbox"/> 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.