

# SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA PARITARIA ANCELLE RIPARATRICI "S. CUORE"

(D.A. n. 243/XI del 10/06/2002 - 943/XI del 06-11-2003)

Via Mons. Antonino Celona, n° 1 (ex via S. Maria di Gesù Inf.), 1 - Is. 485  
- 98121 Messina -

☎ 090/49026 - ☎ 090/5729835 - ✉ istituto654@gmail.com  
Cod. Mecc. ME1A10400P - ME1E01300E - Cod. Fisc. 00379500838  
🌐 www.ancelleriparatricisacrocuore.it

## Domanda di iscrizione alla Scuola Infanzia Anno Scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore

### CHIEDE

l'iscrizione dell'alunn \_\_\_\_\_ a codesta scuola dell'Infanzia  
(Sezione Primavera) per l'a.s. 20\_\_\_/20\_\_\_

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

- l'alunn \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
- è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- è cittadino  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_
- è residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

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

- la propria famiglia convivente è composta, oltre all'alunno, da:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(grado di parentela)

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  sì  no

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

(Legg. 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)  
Il sottoscritto dichiara di essere consapevole 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 \_\_\_\_\_

# DATI ANAGRAFICI

PADRE.....nato a.....  
il..... C.F..... Residente in.....  
C.A.P..... Via.....  
Titolo di studio..... Professione.....  
Tel. UT..... cell.....  
Indirizzo e-mail.....

MADRE.....nato a.....  
il..... C.F..... Residente in.....  
C.A.P..... Via.....  
Titolo di studio..... Professione.....  
Tel. UT..... cell.....  
Indirizzo e-mail.....

Il/la sottoscritto/a dichiara che la potestà genitoriale è esercitata da:  
 entrambi i genitori       solo dal sottoscritto/a  
Messina, li.....  
Firma  
(Si precisa che l'informazione è necessaria per tutti gli atti che coinvolgono la responsabilità decisionale della famiglia)

## INDICARE IL DOMICILIO DELL'ALUNNO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

(via o piazza)      (n.)      (Città)      (n. tel.)

In caso di necessità telefonare al/alia sig./sig.ra: \_\_\_\_\_

(grado di parentela)      (tel.)      (cell.)

Il/La sottoscrit..., inoltre, sulle base delle opportunità educative offerte dalla Scuola, consapevole dei vincoli organizzativi che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste e dei criteri fissati dagli Organi Collegiali, chiede che il/la proprio/a figlio/a possa, in ordine preferenziale essere assegnato a classi con la organizzazione/ caratteristica di seguito indicato:

SERVIZIO MENSA      SI      NO

Si informa che l'Istituto è soggetto a videosorveglianza...  
Il trattamento delle immagini e la privacy saranno garantiti come per Legge.  
Le relative registrazioni saranno cancellate automaticamente.  
Rif. Norm. Provvedimento in materia di videosorveglianza - 8 aprile 2010  
(Gazzetta Ufficiale n. 99 del 29 aprile 2010)

\_\_\_\_\_  
Firma di uno dei genitori