



ISC "Borgo Solestà-Cantalamessa" di Ascoli Piceno
con corso a Indirizzo Musicale



Via San Serafino da Montegranaro, n. 1 - tel.0736 251408
C.M. APIC83100B – C.F. 92053490444- mail: apic83100b@istruzione.it - pec: apic83100b@pec.istruzione.it

<https://iscsolecanta.edu.it/>

DOMANDA DI NUOVA ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA

ANNO SCOLASTICO **2022/23**

N. Prot. _____

Reg. _____

Addetto _____

Al Dirigente Scolastico

 1 sottoscritt _____ in qualità di Padre / Madre/ Tutore

CHIEDE

ISCRIZIONE dell'alunn _____

(cognome e nome)

maschio

femmina

Cod. Fisc. alunno/a _____ per l'anno scolastico **2022/23** al

1^ anno 2^ anno 3^ anno della **Scuola dell'Infanzia:**

Plesso "Collodi" – AP Plesso "Latini" – Mozzano Plesso "Ciotti" – Venagrande

Con la frequenza del seguente **tempo scuola:**

orario pieno delle attività educative per **40 ore** settimanali con refezione dalle ore 8.00 alle ore 16.00 dal lunedì al venerdì

orario antimeridiano (dalle 8:00 alle 13.00)

Per usufruire del **servizio di MENSA** e/o del **servizio SCUOLABUS** è necessario recarsi presso gli uffici della Pubblica Istruzione del Comune di Ascoli - Polo Culturale Sant'Agostino - Corso Mazzini, 90 tel. 0736/298672 - 248673

SOLO PER I BAMBINI NATI DAL 1/01/2020 AL 30/04/2020 (ANTICIPATARI)

In prima istanza

di avvalersi dell'anticipo subordinatamente alla disponibilità di posti e dopo l'inserimento con precedenza dei nati entro il 31/12/2019;

In subordine

di poter essere inserito nella **SEZIONE PRIMAVERA "PICCOLO PICCHIO"** – Plesso "Collodi" (eventuale attivazione subordinata a congruo numero di richieste e al finanziamento degli Enti Locali e dell'U.S.R.) aperta ai bimbi dai 24 ai 36 mesi con contributo mensile.

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

(firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati)

DICHIARA CHE

- 1 bambin _____
(cognome e nome) (codice fiscale)

- è nat_ a _____ il _____

- è cittadino italiano altro

(indicare nazionalità e da quanti anni in Italia) _____

- è residente a _____ (prov.) _____

Via/piazza _____ n. _____ tel. _____

- proviene dall'asilo nido/scuola infanzia _____
dove ha frequentato per anni _____

- la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
- (cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

- di consegnare in allegato al presente modulo, presso la segreteria scolastica di Codesto Istituto:

- ⑦ copia libretto vaccinale attestante l'avvenuta vaccinazione;
- ⑦ certificato medico di esonero attestante l'avvenuta immunizzazione naturale;
- ⑦ certificato medico attestante omissione o differimento motivato da particolari condizioni cliniche;
- ⑦ copia della richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale territorialmente competente, da effettuarsi entro la fine dell'anno scolastico in corso.

Si informa che, come previsto dall'art. 3 bis, comma 5, della L. 73 del 2007, 'articolo 3-bis, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119 il Dirigente Scolastico è tenuto a richiedere la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie e inviare gli elenchi degli iscritti alla ASL, che li restituirà con l'indicazione dei soggetti non in regola con gli obblighi vaccinali e che non ricadono nelle condizioni di esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni.

I D.S. trasmetteranno la documentazione pervenuta, ovvero ne comunicheranno l'eventuale mancato deposito, all'azienda sanitaria locale, che provvederà agli adempimenti di competenza.

Per le scuole dell'infanzia, la mancata presentazione nei termini previsti della idonea documentazione riguardante i minori non in regola con gli obblighi vaccinali, comporta la decadenza dall'iscrizione.

In caso di urgenza comunica i seguenti numeri telefonici di riferimento:

- ABITAZIONE** _____
- cellulare padre** _____
- cellulare madre** _____
- Lavoro padre** _____
- Lavoro madre** _____
- Altri** _____

INDIRIZZO E MAIL _____

EVENTUALI INFORMAZIONI SULL'ALUNNO (disabilità, allergie, intolleranze):

DATI PER ELEZIONI ORGANI COLLEGIALI

PADRE O TUTORE _____

(Cognome e nome)

Luogo di nascita _____ (prov. ____) data di nascita _____

RESIDENZA _____

(Solo se diversa dalla residenza dell'alunno)

Luogo di lavoro _____

MADRE _____

(Cognome e nome)

Luogo di nascita _____ (prov. ____) data di nascita _____

RESIDENZA _____

(Solo se diversa dalla residenza dell'alunno)

Luogo di lavoro _____

ALTRI FIGLI FREQUENTANTI SCUOLE Infanzia o Primaria

Nome

Scuola

classe/sezione

Eventuali informazioni sull'alunno/a:

SCELTA OPPORTUNITÀ FORMATIVE

__ 1 __ sottoscritto _____, (genitore) a conoscenza del diritto riconosciuto dallo Stato della libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (art. 9.2. del Concordato 18/2/84 ratificato con Legge 25/3/85),

CHIEDE

che __ 1 __ propri __ figli __ possa:

AVVALERSI dell'insegnamento della religione cattolica.

NON AVVALERSI dell'insegnamento della religione cattolica.

La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero triennio, salvo ripensamento successivo da formalizzare con richiesta scritta al Dirigente Scolastico.

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

CONSENSO FACOLTATIVO

Con la presente i sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____
iscritto alla sezione _____ Plesso _____

dichiarano di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali applicata dall'Istituto Scolastico (disponibile sul sito web dell'Istituto <https://manager.gdpr-pa.it/gdpr/ISCborgosolesta/italiano>) redatta secondo l'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e **Autorizzano (Consenso)**

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| • la comunicazione dei dati diversi da quelli particolari (sensibili) dell'alunno/a e se necessario dei/del genitori/e, ad enti pubblici o privati al fine di far partecipare il/la proprio/a figlio/a alle attività scolastiche ed extra scolastiche (es. viaggi, uscite didattiche, stipula assicurazioni, ecc). | SI
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |
| • la comunicazione dei dati particolari (sensibili) dell'alunno/a, ad enti pubblici o privati al fine di far partecipare il/la proprio/a figlio/a alle attività scolastiche ed extra scolastiche (es. allergie, intolleranze alimentari, problemi fisici, per viaggi, uscite didattiche, stipula assicurazioni, ecc). | SI
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |
| • Alla realizzazione e pubblicazione sul sito Web dell'Istituto, sul giornale scolastico o altre testate giornalistiche locali e nazionali, su poster o manifesti dell'istituto, su canali social dell'Istituto, di foto/video/audio contenenti l'immagine o la voce del proprio figlio/a, oppure di disegni o elaborati prodotti dallo/a stesso/a, con il solo fine di promuovere le attività svolte dall'Istituto Scolastico | SI
<input type="checkbox"/> | NO
<input type="checkbox"/> |

Si fa presente che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, inviando la richiesta al Dirigente Scolastico (Titolare del Trattamento).

Data _____

Firma genitori

N.B.: Nel caso di apposizione della firma da parte di un solo genitore spuntare la seguente dichiarazione:

Dichiaro sotto la mia responsabilità che il padre/la madre dell'alunno/a si trova nell'impossibilità di firmare ma risulta essere informato e consenziente.

FIRMA
