



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università
e della Ricerca

**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "G. CARDUCCI"
di OLGINATE – GARLATE – VALGREGHENTINO**

Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado
Via Redaelli, 16/A – 23854 OLGINATE (LC) C.F. 83008880136

P.E.C.: LCIC81900A@PEC.ISTRUZIONE.IT E-mail: lcic81900a@istruzione.it
Tel: 0341/681423 – Fax: 0341/652233 Sito: istitutocompresivodiolginate.gov.it



CONFERMA D'ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2015/2016

(da consegnare alle insegnanti di sezione entro il 13 febbraio 2015)

"Collodi" Garlate "C. Chaplin" Olginate "GREGHENTINO" Valgrehentino

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto :

Cognome

Nome

Nato/a

il	comune	provincia

Stato

Cittadinanza

sexso

Codice Fiscale

Documento: tipo

numero

In qualità di

Madre Padre Affidatario Tutore

Residenza

indirizzo

comune provincia c.a.p.

Telefono

Cellulare

Domicilio

indirizzo

Se diverso dalla residenza

comune provincia c.a.p.

Indirizzo di posta elettronica

Affido congiunto

Si No Se l'affido non è congiunto bisogna perfezionare la domanda d'iscrizione presso la scuola entro l'avvio del nuovo anno scolastico. Se il riquadro è compilato, è obbligatorio l'inserimento del secondo genitore.

Dati secondo genitore:

Cognome

Nome

Nato/a

il Comune Provincia

Stato

Cittadinanza

sexso

Codice Fiscale

Documento: tipo

numero

In qualità di

Madre Padre Affidatario Tutore

Telefono

Cellulare

CHIEDE LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA DELL'ALUNNO/A:

Cognome			
Nome			
Nato/a il	il	Comune	Provincia
Stato		Cittadinanza	
 sesso		Codice Fiscale	
Documento: tipo		numero	
Residenza	indirizzo		
	Comune	Provincia	c.a.p.
Domicilio	indirizzo		
(Se diverso dalla residenza)	comune	provincia	c.a.p.

CHIEDE DI AVVALERSI DELLA SEGUENTE OFFERTA FORMATIVA:

<input type="checkbox"/> orario normale da lunedì a venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00	<input type="checkbox"/> orario ridotto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00 senza mensa
---	---

Altri fratelli/sorelle frequentanti lo stesso istituto e classe frequentata:
1.
2.
3.

In caso di impossibilità propria e dell'altro genitore al ritiro dalla scuola e di non utilizzo dei trasporti comunali **D E L E G A** le seguenti persone maggiorenni:

NOME/ COGNOME	Tipo documento e numero	TELEFONO O CELLULARE

Dichiara di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa. Prende atto che la responsabilità della scuola cessa dal momento in cui il bambino/a viene affidato/a alla persona delegata. **NOTA BENE** In eventuali situazioni in cui il bambino dovrà essere affidato a persone non citate nel foglio di delega, si raccomandano i genitori di avvisare anticipatamente le insegnanti. Se nel corso dell'anno dovranno essere inserite altre persone delegate, lo si farà presente per iscritto alle insegnanti.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, 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). Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione 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.

Data _____ Firma _____

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006,n. 305