



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "CRISTOFORO COLOMBO"
Via dell'Ippocampo n. 41 – 00054 Fiumicino (RM) – Tel. n. 06/65210784 – Fax n. 06/65210777
C.F. 97199910585 – C.M.RMIC83800A e mail rmic83800a@istruzione.it Distretto XXII

Prot. n. _____ Al Dirigente Scolastico I.C. "C. COLOMBO" Fiumicino

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER LA SCUOLA DELL'INFANZIA PARCO LEONARDO - FIUMICINO
PER L'ANNO SCOLASTICO 2018-19**

Il sottoscrittoin qualità di
(specificare se genitore/tutore/affidatario)

documento di identità: rilasciato da il

preso atto della delibera del Consiglio di istituto n. 437 in data 21/12/2017 in materia di criteri di iscrizione pubblicati sul sito www.iccolombo.it – iscrizioni **2018/19**

CHIEDE

l'iscrizione del proprio figlio/a alla Scuola dell'Infanzia di Via del Perugino per l'anno scolastico **2018/19** con il seguente tempo- scuola:

qualsiasi tempo scuola sarà disponibile (T.R. o T.N.)*

*stilata la graduatoria definitiva, il genitore chiamato a confermare nell'ordine stabilito, dichiarerà la scelta del Tempo scuola (Tempo normale o Tempo ridotto) sino a disponibilità di tipologia di posto.

A tal fine **DICHIARA**, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa (L.15/68 -127/97 - 131/98 D.P.R. 445/2000) e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che **L'ALUNN_**

(Cognome) (Nome) (Codice fiscale)

- è nat_ a _____ prov. _____ il _____
(Comune/Stato)

- è cittadino italiano altro (indicare quale) _____

- se straniero indicare: si trovava/non si trovava in Italia prima del compimento del 5° anno di età

- è residente a _____ Via _____ n. _____ prov. _____

- è domiciliato a _____ Via _____ n. _____ prov. _____

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: sì no (vedasi certificazione allegata **)

STATO DI FAMIGLIA

	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA
PADRE				
MADRE				
FIGLIO/A				
FIGLIO/A				
FIGLIO/A				
ALTRO				

Per consentire alla Scuola di mettersi in contatto rapidamente con la famiglia, in caso di necessità, si comunicano i seguenti dati:

TEL. CASA: _____ CELL.: _____ / _____
(MADRE) (PADRE)

INDIRIZZO MAIL: _____

RECAPITO TELEFONICO DEL POSTO DI LAVORO DEI GENITORI

MADRE: N. _____ PADRE: N. _____

ALTRI RECAPITI (specificando nome e cognome)

Il/La sottoscritt... dichiara di non aver presentato, né presenterà domanda di iscrizione presso altra scuola dell'Infanzia statale, ma di aver presentato o presenterà altra domanda di iscrizione presso:

- Scuola comunale (specificare nome)
- Scuola Privata (specificare nome)

**MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI AVVALERSI O NON AVVALERSI
DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA PER L'A. S. 2018/19.**

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della Religione Cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'art. 9/2 dell'accordo n.121 tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede, firmato il 18 Febbraio 1985, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 Febbraio 1929; il presente modulo costituisce richiesta al Dirigente Scolastico in ordine al diritto di scegliere di avvalersi o di non avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica.

*La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero ciclo scolastico. Si intende tacitamente confermata per gli anni successivi, **salvo il diritto di modificare tale scelta, per iscritto, entro il termine fissato per le iscrizioni.***

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Scelta di AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica |
| <input type="checkbox"/> Scelta di NON AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica |

(La scelta si effettua contrassegnando con una X la voce prescelta)

Gli alunni che non intendono avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica possono operare le seguenti scelte:

- A) Attività didattiche e formative
- B) Non frequenza della scuola nelle ore di insegnamento della Religione Cattolica

Il sottoscritto dichiara di aver acquisito l'informativa ai sensi del D.leg.vo 96/03 pubblicata sul sito www.iccolombo.it e di autorizzare la Scuola ad utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione nell'ambito e per i fini propri di codesta Pubblica Amministrazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**** OBBLIGHI VACCINALI:** *Come da D.L.n.73 del 7/06/2017 convertito in legge n.119 del 31/07/2017, sussiste l'obbligo di presentare la documentazione relativa alle vaccinazioni effettuate dallo studente, all'atto dell'iscrizione.*

Per la scuola dell'infanzia la presentazione della documentazione di cui all'art. 3, comma 1, del predetto decreto legge, costituisce requisito di accesso alla scuola stessa. Ciò detto non saranno considerate valide le domande di iscrizione sprovviste della certificazione vaccinale.

Firma _____

Firma _____

Professione del padre (dipendente)

Datore di lavoro _____

Sede _____ tel. _____

ORARIO DI LAVORO DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ (nel caso di assenza di
turnazione)

MONTE ORE GIORNALIERO _____

ORARIO CHE PREVEDE LA TURNAZIONE NELL'ARCO DELLE 12/24 ORE SI NO

Specificare se la turnazione è notturna/diurna o entrambe

notturna

diurna

entrambe

MONTE ORE GIORNALIERO DI LAVORO DI TURNAZIONE _____

Tipologia dell'attività svolta/denominazione ditta o società

Indirizzo della SEDE di lavoro _____ tel. _____

N.B. Ogni tabella della situazione lavorativa, per avere validità, dovrà essere completa delle indicazioni richieste.

Il sottoscritto dichiara di far acquisire alla scuola la certificazione del datore di lavoro entro il **06.02.2018** consapevole che dopo tale data, non saranno più prese in considerazione le suddette dichiarazioni ai fini della predisposizione della graduatoria.

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

Professione della madre (dipendente)

Datore di lavoro _____

Sede _____ tel. _____

ORARIO DI LAVORO DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ (nel caso di assenza di
turnazione)

MONTE ORE GIORNALIERO _____

ORARIO CHE PREVEDE LA TURNAZIONE NELL'ARCO DELLE 12/24 ORE

SI

NO

Specificare se la turnazione è notturna/diurna o entrambe

notturna

diurna

entrambe

MONTE ORE GIORNALIERO DI LAVORO DI TURNAZIONE _____

Tipologia dell'attività svolta/denominazione ditta o società

Indirizzo della SEDE di lavoro _____ tel. _____

N.B. Ogni tabella della situazione lavorativa, per avere validità, dovrà essere completa delle indicazioni richieste.

Il sottoscritto dichiara di far acquisire alla scuola la certificazione del datore di lavoro entro il **06.02.2018** consapevole che dopo tale data, non saranno più prese in considerazione le suddette dichiarazioni ai fini della predisposizione della graduatoria.

FIRMA DEL DICHIARANTE _____