

Alla Direzione della Scuola dell'Infanzia Paritaria G.B. Rocca

Via G.B. Rocca, 10 S. Salvatore di Cogorno - Tel. 0185380124 / 3442707793

[email: donmarcellob@gmail.com](mailto:donmarcellob@gmail.com)

DOMANDA DI ISCRIZIONE

anno scolastico 2026/2027

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO E COMPILARE TUTTI I CAMPI

La presente domanda di iscrizione, pone a carico dei genitori e/o tutori, affidatari degli iscritti, l'obbligo ad aderire a quanto disposto unilateralmente dalla circolare in allegato, nonché, alle condizioni generali di contratto regolate da codice civile in materia economica.

<u>l_ sottoscritt</u> (I genitori, nonché gli eventuali affidatari, dovranno indicare sin d'ora, lo status familiare)				☐ Padre		☐ Madre			
				☐ Tutore		☐ Altro			
Chiede L'iscrizione per l'anno scolastico 2026/2027									
del bambino\				☐ Maschio				☐ Femmina	
nato a		prov. di		il					
Prima cittadinanza				seconda cittadinanza					
Residente a									
codice fiscale del bambino\									

Dati anagrafici del Padre (Nome e Cognome)							
nato a		prov. di		il			
cittadino		☐ Italiano		☐ altro (indicare quale)			
residente a:		prov. di				CAP:	
via:		CF					
Cell:		email:					
Tel. Casa:		Tel. Lavoro:					

Dati anagrafici della Madre (Nome e Cognome)							
nata a		prov. di		il			
cittadina		☐ Italiana		☐ altro (indicare quale)			
residente a:		prov. di				CAP:	
via:		CF					
Cell:		email:					
Tel. Casa:		Tel. Lavoro:					

Altri Referenti				
Nome	Tel. 1		Tel. 2	
Nome	Tel. 1		Tel. 2	

Altri componenti della propria famiglia (come da dichiarazione di stato di famiglia – Art.46 DPR 445 del 28 dicembre 2000)		
Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

Informazioni Sanitarie	
L'alunno è diversamente abile?	☐ SI ☐ NO
è stato sottoposto alle vaccinazioni?	☐ SI ☐ NO
ha frequentato il nido?	☐ SI ☐ NO
Il bambino ha frequentato altre scuole dell'infanzia?	☐ SI ☐ NO
Se sì, qual'è il motivo del trasferimento?	
soffre di patologie importanti ? se sì, quali?	☐ SI ☐ NO
Il bambino è seguito da un medico specialista? Se sì, quale?	☐ SI ☐ NO
Soffre di allergie di tipo respiratorio? se sì, quali?	☐ SI ☐ NO
Soffre di allergie di tipo alimentari? se sì, quali?	☐ SI ☐ NO
In caso positivo consegnare in direzione il certificato medico	
La famiglia condivide le linee educative del P. T.O. F. e ne sottoscrive il patto formativo	☐ SI ☐ NO

Impegno di pagamento
Il sottoscritto dichiara espressamente di aver preso visione di tutte le disposizioni relative all'ammissione, agli orari, ai costi ed alla modalità di pagamento contenute nella Circolare della Direzione. Si impegna ad evadere i pagamenti dovuti. Firma _____ Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che 1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n.445/2000 2. I trattamenti dei dati personali raccolti con il presente modulo rientrano tra quelli descritti nell'informativa ai sensi dell'Articolo 13 del D.L. 196/2003 che vi è stata consegnata al momento dell'iscrizione. <i>(allegato A)</i> Cogorno, ___ / ___ / _____ Firma madre _____ Firma padre _____ - Firma di autocertificazione (leggi 15/98, 113/98) da sottoscrivere al momento della domanda alla direzione - Per quanto riguarda la quota di conferma posto si fa riferimento all'art.1386 del codice civile.