

**CODICE MECCANOGRAFICO: CO1E005003**

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Dirigente scolastico

Il/La sottoscritto/a ..... [ ] padre [ ] madre [ ] tutore

Cognome

Nome

dell'alunno/a .....

Cognome

Nome

### CHIEDE

l'iscrizione dello/a stesso/a alla classe ..... per l'anno scolastico .....

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, quanto segue:

L'allievo/a .....  
Cognome Nome

Codice fiscale: .....

- è nat\_ a ..... il .....  
comune di nascita giorno mese anno

- è cittadino/a [ ] italiano/a [ ] altro ( indicare quale) :.....

- è residente a ..... (Prov. ....) in Via/Piazza ..... n.° .....

- c.a.p. ....

- proviene dalla scuola: .....  
 ove ha frequentato la classe: .....

- ha studiato le seguenti lingue straniere [ ] inglese [ ] tedesco [ ] francese [ ] spagnolo

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie (allegare tessera vaccinazioni) [ ] si [ ] no

La propria famiglia è composta da (indicare tutti i componenti dello stato di famiglia)

Cognome e nome	luogo e	data di nascita	parentela
Cognome e nome	luogo e	data di nascita	parentela
Cognome e nome	luogo e	data di nascita	parentela
Cognome e nome	luogo e	data di nascita	parentela
Cognome e nome	luogo e	data di nascita	parentela

Data: .....  
 Firma di autocertificazione (DPR n.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 10/08/2018 n.101)

Data: ..... Firma: .....

**DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI O TUTOR**  
**dell'allievo: .....**  
Cognome e Nome

Anagrafica del padre ( ) tutore ( )		Anagrafica della madre ( ) tutore ( )																																									
Cognome	Nome	Cognome	Nome																																								
Luogo di nascita	Data di nascita	Luogo di nascita	Data di nascita																																								
Codice fiscale		Codice fiscale																																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Titolo di studio		Titolo di studio																																									
Conseguito a		Conseguito a																																									
Professione:		Professione:																																									
N°.cellulare		N°.cellulare																																									
Tel .abitazione		Tel .abitazione																																									
Indirizzo e-mail:		Indirizzo e-mail:																																									
Sede lavorativa –telefono		Sede lavorativa -telefono																																									
Parrocchia di appartenenza:		Parrocchia di appartenenza:																																									
Note particolari che si desidera portare a conoscenza della direzione		Note particolari che si desidera portare a conoscenza della direzione																																									

La richiesta di specificare il tipo di attività che i genitori svolgono è unicamente motivata dal desiderio che si possa instaurare una libera collaborazione, nell'interesse della scuola

Data: ..... Firma: .....

L'Istituto San Vincenzo assicura che le informazioni raccolte si intendono sottoposte alle direttive del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D-Lgs. 101/2018 sulla tutela della privacy. Verranno quindi utilizzate ESCLUSIVAMENTE per motivazioni inerenti le esigenze interne scolastiche e di istituto e non saranno in alcun modo rilasciate a terze parti.

FOTOGRAFIA

Notizie sulle condizioni di salute dello studente

Per poter intervenire tempestivamente, nell'interesse della salute dello studente ed essere pronti ad intervenire in ogni evenienza, preghiamo di volerci fornire le seguenti informazioni:

Persona da contattare in caso di assenza dei genitori:

Cognome.....Nome.....

Indirizzo.....

Telefono.....

Medico di famiglia.....

Indirizzo.....

Telefono.....

CONTROINDICAZIONI PER LA SALUTE DELLO STUDENTE (in presenza di allergie – intolleranze ecc. si prega di compilare i modelli allegati)

Luogo e data.....

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

**2^lingua straniera scelta:** SPAGNOLO / /  
TEDESCO / /

L'Istituto San Vincenzo assicura che le informazioni richieste si intendono sottoposte alle direttive del D.Lgs. 196/2003 come modificato da D.Lgs.101/2018 sulla tutela della privacy.  
Verranno quindi utilizzate ESCLUSIVAMENTE per motivazioni inerenti le esigenze interne scolastiche e di istituto e non saranno in alcun modo rilasciate a terze parti.

I genitori dell'alunno /a

.....

**iscritto/a alla classe prima** di questo Istituto per l'anno scolastico 2022/2023

DICHIARANO

**1. di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica**

Altre attività opzionali saranno in seguito proposte dall' Associazione sportiva "San Vincenzo"

Erba, li .....

firma del genitore \_\_\_\_\_

L'Istituto assicura che le informazioni richieste si intendono sottoposte alle direttive del GDPR Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018 sulla tutela della privacy. Verranno quindi utilizzate esclusivamente per motivi inerenti le esigenze scolastiche e di istituto e non saranno in alcun modo rilasciate a terze parti.

**Al Coordinatore didattico-educativo della  
Scuola Primaria paritaria  
"Istituto San Vincenzo"  
Erba (Como)**

Il/la sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... sez. .... chiede di poter usufruire, per l'intero anno  
scolastico ....., dei seguenti servizi :

**MENSA** nei giorni :

<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

(contrassegnare i giorni richiesti)

**DOPOSCUOLA** nei giorni:

<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Qualora per qualsiasi motivo l'alunno/a fosse assente dai servizi richiesti, mi impegno a comunicare l'assenza entro le ore 8:00.

Qualsiasi variazione in merito alle scelte sopra indicate, sarà comunicato per iscritto.

Data, .....  
Firma del genitore

PER APPROVAZIONE:

.....  
Firma del Preside