



SUORE CARMELITANE DI S. TERESA DI TORINO  
SCUOLA DELL'INFANZIA TRONCONI – FAGNANO OLONA FRAZ. BERGORO – VA –  
TEL.0331.361750  
e-mail: segreteria@tronconi@gmail.com

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA PER L'ANNO SCOLASTICO 2022/2023

### CONTENUTI DELLA COMUNICAZIONE DEL MIUR N. 10 DEL 15.11.2016:

**Art.10 4-4.1.** "L'iscrizione alle sezioni di scuola dell'infanzia, è effettuata con domanda da presentare all'istituzione scolastica prescelta, [...] **dal 10 gennaio 2022 al 28 gennaio 2022**[...]. La scuola dell'infanzia accoglie bambini di età compresa tra i tre e i cinque anni compiuti entro il 31 dicembre dell'anno scolastico di riferimento. Possono, a richiesta dei genitori e in presenza di posti disponibili, essere iscritti i bambini che compiano il terzo anno di età entro il 30/04/2023. Qualora il numero delle domande di iscrizione sia superiore al numero dei posti disponibili, avranno precedenza le domande relative a coloro che compiranno tre anni entro il 31 dicembre 2022, tenendo anche conto dei criteri di eccedenza definiti dal Consiglio di istituto della scuola prescelta. [...]"

### **N.b.: si rammenta che è possibile presentare una SOLA domanda di iscrizione**

I Genitori di \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DEL/LA BAMBINO/A

in qualità di  genitore  tutore  affidatario

Fototessera  
del  
bambino

### **chiedono l'iscrizione**

presso la Scuola dell'Infanzia **Materna Tronconi.**

Dichiarano altresì,  
ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione, che i dati inseriti in questo contratto sono veritieri.

#### DICHIARANO INOLTRE:

- 1) di essere a conoscenza che la Scuola è paritaria, ai sensi della L. 62/2000 e, in quanto tale, svolge il suo servizio pubblico in osservanza alle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia
- 2) di condividere il progetto educativo ispirato ai valori cristiani della vita; di essere consapevoli che l'insegnamento della Religione Cattolica è parte integrante del progetto educativo della scuola e rappresenta un aspetto culturale irrinunciabile per la formazione della persona nel rispetto degli alunni di diverse culture
- 3) di avere ricevuto il regolamento interno della scuola e di accettarne il contenuto, in particolare le norme che riguardano l'organizzazione scolastica
- 4) di prendere atto che l'azione formativa della Scuola è tesa a supportare l'adempimento dei compiti educativi propri della famiglia. La famiglia, perciò, è chiamata a partecipare attivamente alla vita della Scuola

### **Inoltre, chiedono di avvalersi**

delle opzioni orarie sottoindicate:

- tempo pieno (08:30-16.00)  tempo ridotto (08:30-12:30) solo per particolari esigenze
- tempo prolungato:  pre-scuola 07:30/08:00  pre-scuola 08:00/08:30
- doposcuola 16:00/17:00  doposcuola 17:00/17:30

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile padre \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile madre \_\_\_\_\_

N.b.: Trattandosi di minori, è obbligatoria la firma di chiunque abbia la *patria potestà*



Situazione lavorativa dei genitori:

LAVORO DEL PADRE	LAVORO DELLA MADRE
<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Dipendente
<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Libero professionista
<input type="checkbox"/> Commerciante/Artigiano/Autonomo/Altro	<input type="checkbox"/> Commerciante/Artigiano/Autonomo/Altro
<input type="checkbox"/> Cassa integrazione/Mobilità dal _____	<input type="checkbox"/> Cassa integrazione/Mobilità dal _____
<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> Altro _____
Specificare la sede del lavoro <i>(indicare il luogo effettivo di svolgimento dell'attività)</i>	Specificare la sede del lavoro <i>(indicare il luogo effettivo di svolgimento dell'attività)</i>
Ditta o Ente _____	Ditta o Ente _____
Via _____ Città _____ prov. _____	Via _____ Città _____ prov. _____

### DELEGA al RITIRO del MINORE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ **AUTORIZZA** le insegnanti, sollevando la Scuola da ogni responsabilità, ad affidare il proprio figlio alle persone indicate di seguito per l'anno scolastico 2021/22 o fino a revoca.

_____	_____	_____
Cognome	Nome	Ruolo
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Ruolo
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Ruolo
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Ruolo
_____	_____	_____
Cognome	Nome	Ruolo

### LIBERATORIA FOTOGRAFICA

Autorizziamo la ripresa di nostro figlio, mediante filmati o fotografie, durante gli avvenimenti scolastici  SÌ  NO  
Il materiale fotografico potrà essere utilizzato solo ed esclusivamente per la pubblicazione sul sito internet della Scuola (work in progress), e per cartelloni o filmati ad uso interno della scuola.

### AUTORIZZAZIONE PER USCITE DIDATTICHE IN PAESE

Autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare alle uscite didattiche legate alla programmazione scolastica  SÌ  NO

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di  genitore/esercitante la responsabilità genitoriale  tutore  affidatario

consapevole delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

Che il/la figlio/a \_\_\_\_\_  
*cognome e nome*

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:

<input type="checkbox"/> antipoliomielitica	<input type="checkbox"/> antiepatite B	<input type="checkbox"/> antimorbillo
<input type="checkbox"/> antidifterica	<input type="checkbox"/> antipertosse	<input type="checkbox"/> anti-rosolia
<input type="checkbox"/> antitetanica	<input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenza</i> tipo b	<input type="checkbox"/> antiparotite
	<input type="checkbox"/> antivaricella ( <i>solo per i nati a partire dal 2017</i> )	<input type="checkbox"/> antimeningococcica

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.  
(*apporre una crocetta sulle caselle interessate*)

Il/la sottoscritto/a, nel caso in cui non abbia già provveduto, si impegna a consegnare la documentazione comprovante quanto dichiarato

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Da **non** compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali da parte dell'Ente competente all'accoglimento della domanda, soltanto per le funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla Legge sulla Privacy (art. 13 D. Lgs n. 196/2003, integrato e modificato dal D. Lgs n. 101/2018 e dal Regolamento UE 2016/679).

**N.B. L'autocertificazione deve essere firmata dal genitore di fronte all'impiegato addetto oppure deve essere firmata ed inviata insieme alla domanda con delega e fotocopia del documento d'identità del firmatario.**

Data \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Firma

*Firma dell'impiegato addetto*