DOMANDA D'ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL' **INFANZIA DI REFRONTOLO** A.S. 20**22/23**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Pieve di Soligo

Io sottoscritt__ _____ ☐madre ☐padre ☐tutore
dell'alunn__ _____ di sesso ☐ M ☐F
codice fiscale alunno_____ ☐ di cui allego fotocopia
CHIEDO la sua iscrizione alla scuola dell'infanzia dell'Istituto Comprensivo di Pieve di Soligo. A tal fine **DICHIARO**

1. che l'alunn__ è nat__ a _____ in data _____ ;
   a. ha cittadinanza ☐ italiana ☐ non italiana ma _____ ;
   b. è residente in via/piazza _____ N° _____
      nel comune di _____ C.A.P._____ provincia ___
      telefono ☐casa _____ ☐madre _____ ☐padre _____
      email madre:_____
      email padre:_____
   c. ha frequentato/frequenta nell'a.s. 20__/__, la scuola dell'infanzia/nido di _____ per numero anni_____
   d. ha il seguente domicilio diverso dalla residenza sopra riportata _____
      _____
2. di scegliere le sotto riportate opzioni.

TEMPO SCUOLA

La scelta è vincolante per tutti gli anni di scuola dell'infanzia. La scelta delle 25 o delle 50 ore non comporta l'automatica attivazione di quel tempo scuola, che dipenderà invece dal raggiungimento del numero minimo di alunni per costituire una sezione. Nel caso di non attivazione, l'alunno si intende iscritto alle 40 ore.

barrare	*settimana di*	*dalle alle*	*caratteristiche*
☐	25 ore	8.05-13.05	1 docente. No mensa. No laboratori. Sì trasporto all'ingresso. No trasporto all'uscita.
☐	40 ore	8.05-16.05	2 docenti, compresenti 2 ore al giorno. Sì mensa. Sì laboratori. Sì trasporto all'ingresso. Sì trasporto all'uscita.
☐	50 ore	8.05-18.05	2 docenti, mai compresenti. Sì mensa. No laboratori. Sì trasporto all'ingresso. No trasporto all'uscita.

INSEGNAMENTO DELLA **RELIGIONE CATTOLICA**

La scelta si ritiene tacitamente confermata per gli anni scolastici successivi, tranne nel caso di modifica scritta esplicita presentata all'Ufficio alunni nel periodo delle iscrizioni.

Sì ☐ No ☐

TRASPORTO SCOLASTICO

A pagamento e gestito dall'Ufficio scolastico comunale. Se sì, il genitore dovrà poi rivolgersi a quest'ultimo una volta ammesso.

Sì ☐ No ☐

ENTRATA ANTICIPATA

A pagamento, dalle ore 7.35, riservato alle famiglie in cui entrambi i genitori lavorano e a condizione che vi sia disponibilità di personale.

Sì ☐ No ☐

FARMACI SALVAVITA
All'alunno devono essere somministrati in casi di emergenza farmaci salvavita, per patologie o caratteristiche particolari dell'alunno e secondo un protocollo medico dettagliato da richiedere all'Ufficio alunni. Sì ☐ No ☐
INFORMATIVA PRIVACY
Con la consegna della domanda di iscrizione, il compilatore attesta di aver preso visione della informativa privacy al link www.icpieve.edu.it/sites/default/files/page/2020/informativa-privacy-alunni-genitori-tutori-signed.pdf
AUTORIZZAZIONE **USCITE A PIEDI**
Si autorizza ☐ la partecipazione del figlio/a a tutte le uscite didattiche a piedi nel territorio comunale, programmate dagli insegnanti.
ALLERGIE/INTOLLERANZE CERTIFICATE
L'alunno presenta allergie/intolleranze alimentari comprovate da certificato medico che dovrà essere consegnato agli insegnanti di classe all'inizio dell'anno scolastico. Sì ☐ No ☐

3. che l'alunno ha la propria famiglia composta dai componenti sotto riportati, alla data di presentazione della domanda e come risulta dallo stato di famiglia (inserire anche l'alunno).

grado parentela	*cognome e nome*	*data di nascita*	*luogo di nascita*	*cittadinanza*

4. ☐ che l'alunno ha i genitori non conviventi e che quello non presente nello stato di famiglia sopra riportato è

grado parentela	*cognome e nome*	*data di nascita*	*luogo di nascita*	*cittadinanza*

residente in via/piazza _____ N° _____
nel comune di _____ C.A.P._____ provincia _____
telefono ☐casa _____ ☐cellulare _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
copie	*oggetto*

☐ Noi sottoscritti dichiariamo di ☐Io sottoscritt__ dichiaro di

1. aver utilizzato lo strumento della dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000 per tutte le dichiarazioni rese nella presente domanda;
2. essere consapevole delle responsabilità, anche ai fini penali, che le dichiarazioni rese comportano;
3. aver visionato *Informativa privacy* resa dalla scuola il cui link è sopra riportato, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente

autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D Lgs 196/2003 e s.m.i., Regolamento UE 679/2016);

4. aver preso atto di ogni parte della domanda di iscrizione;
5. essere a conoscenza e di rispettare i documenti presenti in sito di seguito riportati
    a. Regolamento di plesso
    b. Patto educativo di corresponsabilità PEC
    c. Regolamento d'Istituto
    d. Piano triennale dell'offerta formativa PTOF, inclusi i criteri, in esso descritti, da adottare in caso di eccedenza di iscrizioni rispetto alle sezioni disponibili
6. essere consapevoli/e che:
    a. l'accoglimento della domanda è subordinato ai vincoli organizzativi determinati dal numero degli alunni richiedenti e dall'organico assegnato all'Istituto, nonché alle altre condizioni dettate dalla legge, compresa quella relativa all'obbligo vaccinale della L 119/2017 che esclude dal diritto alla frequenza alla scuola dell'infanzia i soggetti non in regola;
    b. l'iscrizione al di fuori dei termini temporali prescritti, comporta l'inserimento dell'iscrizione in coda alla lista d'attesa;
    c. i bambini, in caso di non frequenza della scuola senza giustificato motivo per un periodo continuativo superiore ad un mese e/o per ripetute assenze non giustificate, verranno depennati dall'Istituto per lasciar posto ad altre richieste.
7. impegnarsi a comunicare:
    a. ogni variazione in relazione allo stato di famiglia dichiarato nella presente autocertificazione;
    b. tempestivamente l'intenzione di non far più frequentare la scuola al figlio.

Pieve di Soligo, _____20__

Nel caso di firma da parte di un solo genitore.

Il sottoscritto, in qualità di Genitore, o chi esercita la responsabilità genitoriale, dichiara avere effettuato la scelta 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.

Cognome e nome dei genitori o tutori legali	*Firma*

	Riservato all'ufficio: **NON COMPILARE**	*ufficio*	
		sì	**no**
	Rispetto dei termini di presentazione della domanda di iscrizione entro la scadenza ministeriale del 28.01.2021		
	Fotocopia codice fiscale/ tessera sanitaria dell'alunno/a		
	Fotocopia codici fiscali e documenti identità entrambi i genitori		
	Due fotografie formato tessera dell'alunno		

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(DPR 445/2000 art 47)

La legge 119/2017 ESCLUDE dal diritto alla frequenza alla scuola dell'infanzia i soggetti non in regola con gli obblighi vaccinali

Io sottoscritt__ _____ ☐madre ☐padre ☐tutore
dell'alunn__ _____ di sesso ☐ M ☐F
residente in via/piazza _____ N° _____
nel comune di _____ C.A.P._____ provincia ___

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore/tutore/soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti della L 119/2017, sotto la mia responsabilità,

DICHIARO

1) ☐ che l'alunn__ è nat__ a _____ in data _____
e ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito (barrare quali)

- ☐ anti-poliomelitica;
- ☐ anti-difterica;
- ☐ anti-tetanica;
- ☐ anti-epatite B;
- ☐ anti-pertosse;
- ☐ anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- ☐ anti-morbillo;
- ☐ anti-rosolia;
- ☐ anti-parotite;
- ☐ anti-varicella (solo per nati dal 2017).

2) ☐ che l'alunn__ è esonerat__ dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni_____
_____

☐ perché ha già contratto la malattia e a tale scopo allega attestazione del pediatra / medico di famiglia dott._____

☐ perché in particolari condizioni cliniche e a tale scopo allega attestazione del pediatra / medico di famiglia dott._____

☐ allego copia del libretto di vaccinazione.

Pieve di Soligo, _____20__

Ai sensi DPR 445/2000 art 38, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.
Ai sensi del D Lgs 196/2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dal DPR 445/2000 art 48 del d, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dalla L 119/2017.

Cognome e nome dei genitori o tutori legali	*Firma*