



COMUNITÀ EUROPEA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "M.MACRI"- BIANCO (RC)

Plessi Scolastici nei comuni di Bianco -Caraffa Del Bianco-Sant'Agata Del Bianco e Samo

Via Dromo,2, 89032 Bianco (RCi) Tel. 0964/369980

Codice Fiscale 81001150804-Codice Meccanografico RCIC84400 -Codice Univoco:UF90D5

Peo:www.rcic84400e@istruzione.it - Pec: rcic84400e@pec.istruzione.it



www.istitutocomprensivobianco.edu.it

L'iscrizione è stata ricevuta il _____

N°Prot. _____

Assegnat ___ alla sezione _____ Plesso _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL' I.C. M.MACRI' di BIANCO DOMANDA D'ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2022/23

Alunno/a _____

Nato/a il _____ a _____ (_____)

Residente a _____ (_____)

in Via/le _____ N. _____

Tel _____ e.mail _____

La famiglia ha/non ha optato per l'IRC _____

Il/la sottoscritto/a _____ in
qualità di genitore/tutore del ____ bambino/a (cognome e nome)

SESSO _____

CHIEDE

l'iscrizione dello/a ____ stesso/a ____ a codesta scuola dell'infanzia per l'a.s. 2022/2023 e di avvalersi, sulla base del piano dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili, del seguente orario:

- ☐ **orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali;**
- ☐ **orario ordinario delle attività educative per 25 ore settimanali con svolgimento nella fascia antimeridiana**

oppure

- ☐ **orario prolungato delle attività educative fino a 50 ore settimanali.**
- ☐ **Chiede altresì di avvalersi dell'anticipo**

(per i nati che compiono 3 anni entro il 30 aprile 2023) subordinatamente alla disponibilità di posti ed alla precedenza dei nati che compiono tre anni entro il 31 dicembre 2022.

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara che:

Il/la bambino/a _____
(cognome e nome) _____ (codice fiscale) _____
è nato/a _____ (prov./stato) _____
il _____ è cittadino/a ____: ☐ italiano/a ____
☐ altro (indicare nazionalità) _____
in Italia dal _____ (solo per gli stranieri)
è residente nel comune di _____ (prov.) _____
è domiciliato/a ____ in _____ n. _____
Tel. _____
E-mail _____

Data _____

Firma _____

La famiglia convivente è composta da:

Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Cittadinanza	Grado di parentela

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

È stat ____ sottopost ____ alle vaccinazioni obbligatorie: ☐ Sì ☐ No

La/Il sottoscritto/a _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ via _____

recapito telefonico _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 45, 46 e 76 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, che alla/al propria/o figlia/o

☐ **sono state somministrate tutte le vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

☐ **sono state somministrate soltanto le seguenti vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

- ☐ anti-poliomielitica
- ☐ anti-difterica
- ☐ anti-tetanica
- ☐ anti-epatite B
- ☐ anti-pertosse
- ☐ anti-Haemophilus influenzale tipo b
- ☐ anti-morbillo
- ☐ anti-rosolia
- ☐ anti-parotite
- ☐ anti-varicella

☐ **non sono state somministrate tutte le vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, **ma le seguenti sono state prenotate** (si allega presentazione della richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale territorialmente competente)

- ☐ anti-poliomielitica
- ☐ anti-difterica
- ☐ anti-tetanica
- ☐ anti-epatite B
- ☐ anti-pertosse
- ☐ anti-Haemophilus influenzale tipo b
- ☐ anti-morbillo
- ☐ anti-rosolia

- ☐ anti-parotite
- ☐ anti-varicella

☐ **che la/il propria/o figlia/o è esonerato**, in quanto si è immunizzato naturalmente, contraendo la malattia dalle seguenti vaccinazioni (si allega notifica del medico curante)

- ☐ anti-poliomielitica
- ☐ anti-difterica
- ☐ anti-tetanica
- ☐ anti-epatite B
- ☐ anti-pertosse
- ☐ anti-Haemophilus influenzale tipo b
- ☐ anti-morbillo
- ☐ anti-rosolia
- ☐ anti-parotite
- ☐ anti-varicella

☐ **che la/il propria/o figlia/o beneficia di omissione o del differimento** in quanto si trova in particolari condizioni cliniche (si allega notifica del medico curante).

Pertanto, il dichiarante

SI IMPEGNA

consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

DICHIARAZIONE

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196(Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) , 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 30.6.2003, n. 196 , Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305 e Regolamento UE 2016/679)

Data _____ **Firma** _____

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario. N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305 e dal Regolamento UE 2016/679.