

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Omnicomprensivo "A.Avogadro-L.Da Vinci" di Abbadia S.Salvatore

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

**CHIEDE per l'anno scolastico 2023 - 2024**

l'iscrizione dell'alunn \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)

alla classe \_\_\_\_\_ della Scuola Primaria di  Abbadia S.S.  Castiglione D'Orcia

**Piano dell'Offerta Formativa della Scuola:**

**TEMPO PIENO: 40 ORE** settimanali in 5 giorni dal lunedì al venerdì;

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:**

- l'alunn \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ (codice fiscale)

- è nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- è cittadino  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

- se di altra nazionalità indicare da quanto tempo è in Italia \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- proviene dalla scuola dell'infanzia  SI  NO (nome Scuola) \_\_\_\_\_

- la propria famiglia convivente è composta, oltre all'alunno, da:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalla L.119/2017  SI  NO

Chiede di avvalersi dell'insegnamento della RELIGIONE CATTOLICA  SI  NO

NO e in tal caso opta per:  attività didattica in classi parallele o con assistenza di personale docente  
 non frequenza della scuola nelle ore di IRC (trasporto a carico dei genitori)

Chiede di avvalersi della MENSA SCOLASTICA  SI  NO

Chiede di avvalersi del TRASPORTO SCOLASTICO  SI  NO

Firma di

autocertificazione \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, 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 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305). Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \*

\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\* Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'Istituzione Scolastica sia stata condivisa.

**ALLEGARE COPIA CODICE FISCALE DELL'ALUNNO/A E DEI GENITORI**

Il/La

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

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

(luogo)(prov.)

residente

a \_\_\_\_\_ ( )

(luogo)(prov.)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n.

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che \_\_\_\_\_

(cognome e nome dell'alunno/a)

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

(luogo)(prov.)

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

anti-poliomelitica;

anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;

anti-difterica;

anti-morbillo;

anti-tetanica;

anti-rosolia;

anti-epatite B;

anti-parotite;

anti-pertosse;

anti-varicella (solo per i nati a

partire dal 2017).

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

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il genitore dichiarante

\_\_\_\_\_  
Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, 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 decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso sia stata presentata l'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.