Istituto Comprensivo "Città di Castiglion Fiorentino"
Via Ghizzi, 5/a -52043 - Castiglion Fiorentino (Ar)
Tel.0575/658019 – www.iccastiglioni.edu.it
E-mail aric819002@istruzione.it Pec:aric819002@pec.istruzione.it
Codice Univoco Ufficio **UFJPVV** - C.F. 80007060512

DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA INFANZIA

Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO "CITTA' DI CASTIGLION FIORENTINO"

I _ sottoscritt_ _____
(cognome e nome)

in qualità di ☐ **padre** ☐ **madre** ☐ **tutore**

CHIEDONO

L'iscrizione dell'alunn_ _____
(cognome e nome)

alla Scuola dell' Infanzia per l'anno scolastico 2026/2027.

- ☐ **A. Brogi (Capoluogo)**
- ☐ **G. B. Schiatti (Montecchio)**
- ☐ **La Coccinella (S. Cristina)**
- ☐ **Arcobaleno (La Nave)** **L'ISCRIZIONE È SUBORDINATA ALL'EFFETTIVO FUNZIONAMENTO DELLA SCUOLA NELL'A.S. 2026/27 IN BASE AD ORDINANZE DEGLI ENTI PREPOSTI.**

ORARIO DI FUNZIONAMENTO RICHIESTO

A - Ore 08,00 – 16,00 turno completo con mensa
B - Ore 08,00 – 13,00 antimeridiano con mensa
C - Ore 08,00 – 12,00 antimeridiano senza mensa
(al ritorno non viene effettuato il servizio scuolabus per l'opzione B e C)

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, e consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

- l' alunn_ _____
(cognome e nome) **(codice fiscale)**

- è nat_ a _____ **il**_____

- è cittadino ☐ **italiano** ☐ **altro (indicare nazionalità)** _____

- è residente a _____ **(prov.)** _____

Via/Piazza _____ **n.** _____ **tel.** _____

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

2. _____ _____ _____
3. _____ _____ _____
4. _____ _____ _____
5. _____ _____ _____
6. _____ _____ _____
(cognome e nome) **(luogo e data di nascita)** **(grado di parentela)**

Istituto Comprensivo "Città di Castiglion Fiorentino"
Via Ghizzi, 5/a -52043 - Castiglion Fiorentino (Ar)
Tel.0575/658019 – www.iccastiglioni.edu.it
E-mail aric819002@istruzione.it Pec:aric819002@pec.istruzione.it
Codice Univoco Ufficio **UFJPVV** - C.F. 80007060512

In caso di genitori separati specificare se l'alunno è affidato:

- **ad entrambi i genitori**
- **al padre**
- **alla madre**
- **altro (specificare)**

– l'alunno è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ☐ SI ☐ NO

Si ricorda che la mancata regolarità vaccinale comporta la decadenza dell'iscrizione di Vostro/a figlio/a e si chiede di allegare copia libretto vaccinazioni.

– **I sottoscritti si impegnano ad informare la scuola di eventuali variazioni che sopraggiungano nella composizione del proprio nucleo familiare**

Contatti

– **Padre: tel** _____ **cell.** _____**e-mail**_____

– **Madre: tel** _____ **cell.** _____**e-mail**_____

– **Tutore: tel** _____ **cell.** _____**e-mail**_____

Data _____

padre_____

madre_____

tutore_____

(Firme)

- **Firme di autocertificazione (Leggi 15/1998, 127/1997, 131/1998) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola.**

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Regolamento UE 679/2016).

Data _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____