



**Istituto Comprensivo "Città di Castiglion Fiorentino"**

Via Ghizzi, 5/a - 52043 - Castiglion Fiorentino (Ar)

Tel. 0575/658019 - fax 0575/656919 -

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 2024/2025.**

- A. Brogi (Capoluogo)  
 Arcobaleno (La Nave)  
 G. B. Schiatti (Montecchio)  
 La Coccinella (S. Cristina)

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 - fax 0575/656919 -

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

- 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 \_\_\_\_\_