



ANNO SCOLASTICO 2022/2023
Modulo iscrizione

I Sottoscritti :

Sig. _____ nato a _____ il _____

Codice fiscale _____ tel. (abitazione) _____

tel. (lavoro) _____ Cell. _____

Sig.ra _____ nata a _____ il _____

Codice fiscale _____ tel. (abitazione) _____

tel. (lavoro) _____ Cell. _____

residenti a _____ Via _____ nr. _____

Recapito in caso di emergenza _____

Indirizzo mail _____

Genitori del/la bambino/a: _____

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Cittadinanza _____

CHIEDE/CHIEDONO

**l'iscrizione del/la bambino/a presso
SCUOLA DELL'INFANZIA "SAN DOMENICO"
VIA TAVERNA,4 TRIUGGIO fraz. CANONICA L.
per l'anno scolastico 2022/2023.**

IL/I RICHIEDENTE/I DICHIARANO

- In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, autocertifica/no tutti i dati necessari all'iscrizione del/la proprio/a figlio/a, consapevole/i delle sanzioni penali cui **possa/no** andare incontro, in caso di dichiarazioni false (art. 26 della L. 15/68).
- di essere a conoscenza che la Scuola è una scuola paritaria ai sensi della L. 62/2000 e in quanto tale svolge il suo servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia;

Scuola dell' Infanzia Parrocchiale San Domenico
Via C.P. Taverna n.6 - 20844 Canonica di Triuggio - Tel.0362.997127 - P.I. 00985860964
maternacanonica@tiscali.it - www.infanziasandomenico.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA
(articolo 46 d.p.r. 28 dicembre 2000 , n°445)

Il/i Sottoscritto/i _____ e _____

Genitore/i di _____

DICHIARA/NO

che il/la proprio/a figlio/a è nato/a a _____ il _____
e che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone qui di seguito elencate:

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
PADRE		
MADRE		
FIGLI		
ALTRI CONVIVENTI		

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO VACCINALE

Il/i Sottoscritto/i _____ e _____

Genitore/i di _____

DICHIARA/NO CHE

- il/la proprio/a figlio/a **non è stato/a** sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie
- di aver fatto domanda presso la ATS di competenza per poter effettuare le vaccinazioni obbligatorie
- il/la proprio/a figlio/a **è stato/a** sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie (DL 7 giugno 2017 – LEGGE n°.73 del 28 luglio 2017) di cui rendo copia allegata e compilata

IL/ I Sottoscritto/i dichiara/no di essere a conoscenza, ai sensi dell'Art. 26 della L.15/68 delle sanzioni penali cui può/possono andare incontro in caso di false dichiarazioni.

Data _____

Firma _____

Firma _____

ELENCO PERSONE DELEGATE AL RITIRO DEL MINORE

Il/i Sottoscritto/i _____ e _____

DICHIARA/NO

Che il/la proprio/a figlio/a può essere ritirato/a dalla Scuola dell'Infanzia oltre che da se stessi anche dalle persone sottoelencate e si impegna/no a tenere indenne e sollevata la Scuola dell'Infanzia ed il suo personale direttivo ed operativo da qualsiasi azione o rimostranza che venisse avanzata da familiari o altri soggetti non compresi nell'elenco sotto riportato.

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di Parentela	Residenza	Note varie o recapito telefonico

In allegato la fotocopia della carta d'identità dei soggetti delegati al ritiro del bambino.

DELEGA DI AUTORIZZAZIONE – CONSEGNA COLLOQUI AD USO ESTERNO

Il/i Sottoscritto/i _____ e _____

Genitori di _____

AUTORIZZANO

L'insegnante a comunicare verbalmente e/o per iscritto, a personale specializzato di competenza che ne fa richiesta (Scuola Primaria...) informazioni inerenti il percorso effettuato dal/la nostro/a bambino/a presso la nostra struttura.

Data _____

Firma _____

Firma _____