



MINISTERO DELLA ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA

Istituto Comprensivo Statale “Cruillas”
Scuola dell’Infanzia - Scuola Primaria
Scuola Secondaria di I Grado ad Indirizzo Musicale

via Salerno, 19 - 90146 Palermo tel. 091-220879/205466 fax 091-6854677
e-mail: paic8aa008@istruzione.it - paic8aa008@pec.istruzione.it sito web: www.iccruillas.edu.it
C.F. 97154310821

DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. _____
SCUOLA DELL’INFANZIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell’I.C. “CRUILLAS” di Palermo

Il / la sottoscritto/a _____ Padre Madre Tutore
(Cognome e Nome)

dell’alunno/a _____
essendo a conoscenza dei criteri di assegnazione alle sezioni affissi all’albo dell’Istituto
CHIEDE

l’iscrizione dell’_ stess _ alla Scuola dell’Infanzia secondo il seguente ordine di preferenza nei tre plessi:

- **scrivere all'interno dei riquadri sotto i numeri 1, 2 o 3 in ordine di preferenza di plesso;**
- **scrivere NO all'interno dei riquadri qualora non si volesse far frequentare anche su disponibilità di posto**

ROSMINI

SALERNO

VITALI

TEMPO RIDOTTO → 25 ore settimanali medie così distribuite:
dal lunedì al venerdì 8.15 – 13.15

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell’attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:

L’alunn_ _____ C.F. _____
(Cognome e Nome) (codice fiscale)

- è nato/a a _____ il _____
- è cittadino italiano altro (indicare) _____
- è residente a _____ (Prov.) _____
- in via/piazza _____ n° _____
- Tel. Fisso _____ cellulare _____
- È stato/a sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie no si presso _____

Che la propria famiglia convivente è composta da:

COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	CODICE FISCALE

NOTE: (spazio a disposizione dei genitori per la segnalazione di situazioni o richieste particolari che si vogliono sottoporre all'attenzione del Dirigente: **altri figli che già frequentano la Scuola (indicare il plesso, la classe e la sezione)**, altro da specificare:

- Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare alle visite guidate a piedi e/o in pullman.
- Autorizzo la Scuola a somministrare cibi e bevande durante le manifestazioni previste dal PTOF
- Autorizzo la scuola: ad effettuare riprese audio, video e fotografiche di mi__ figli__ e utilizzare le foto solo per fini istituzionali. al trattamento dei dati personali del proprio/a figlio/a contenuti nei lavori realizzati nel corso degli anni scolastici documentati per mezzo di fotografie, filmati, prodotti multimediali o qualsiasi supporto nella sua forma originale, alla diffusione in ambito multimediale e non, ai fini della partecipazione a mostre, pubblicazioni, concorsi scolastici ed altri tipi di concorso banditi dalle pubbliche amministrazioni o da enti privati, italiani o esteri.
- Autorizzo la scuola al trattamento dei dati in caso di infortunio

❖ **Dichiara di ricevere il pieghevole informativo che sintetizza l'offerta formativa della scuola.**

Allega:

- copia del libretto di vaccinazione o autodichiarazione regolarità vaccinale.**

Palermo, li _____

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)

Visto Doc. Id. n. _____ del _____
da apporre al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

Il sottoscritto dichiara, inoltre, 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 in osservanza delle disposizioni previste in materia dal D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di trattamento dei dati personali) e al regolamento Ministeriale 06 dicembre 2006.

Palermo, li _____

Firma
