



**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. 091-7297688/205466 fax 091-6854677  
e-mail: paic8aa008@istruzione.it - paic8aa008@pec.istruzione.it sito web: [www.iccruillas.edu.it](http://www.iccruillas.edu.it)  
C.F. 97154310821



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

### **DOMANDA DI RICONFERMA ISCRIZIONE A.S. \_\_\_\_\_**

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutore  
(Cognome e Nome)

dell’alunno/a \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

la riconferma dell’iscrizione dell’ \_\_\_\_\_ stess \_\_\_\_\_

☐ alla sezione \_\_\_\_\_ di Scuola dell’Infanzia

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 nazionalità) \_\_\_\_\_

▪ è residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

▪ Tel. Fisso \_\_\_\_\_ cellulare padre \_\_\_\_\_ cellulare madre \_\_\_\_\_

▪ mail padre: \_\_\_\_\_ mail madre: \_\_\_\_\_

☐ Si autorizza la Scuola all'utilizzo dei dati personali in caso di infortunio

☐ È in regola con le vaccinazioni obbligatorie; ☐ NON in regola con le vaccinazioni obbligatorie.

Palermo, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma di autocertificazione (Leggi 15/68; 127/97; 191/98)  
da apporre al momento della presentazione della domanda all’impiegato della scuola