



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "BRUNO DE FINETTI"
Via Rita Brunetti 13 - 00134 ROMA - Tel.06/50689565 fax 06/50684695 - e mail : rmic8cw00p@istruzione.it
rmic8cw00p@pec.istruzione.it - www.icdefinetti.edu.it

DOMANDA DI CONFERMA ISCRIZIONE ALLA SCUOLA D'INFANZIA Via R. Brunetti, 23 A.S. 2023/2024

Il sottoscritto _____ GENITORE TUTORE AFFIDATARIO

nato a _____ il _____

CHIEDE LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE

dell'ALUNN _____ sez _____ per l' A.S. 2023/2024

Cognome (in stampatello) nome

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara che:

Dati da inserire solo se variati rispetto all'anno precedente:

Residente in Via _____ n. _____ cap _____ città _____

Domicilio se diverso dalla residenza _____ cap _____ città _____

dichiara altresì:

dichiara sotto la propria responsabilità che l'alunno è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie

DICHIARA (SOLO se variato) IL CONSENSO PER RIPRESE FOTOGRAFICHE/VIDEO/AUDIO (solo per finalità strettamente connesse alle attività del PTOF) : SI NO

Le informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili all'indirizzo:

<http://icdefinetti.edu.it/wp-content/uploads/2019/11/Famiglie-e-Studenti.pdf>

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma di autocertificazione

DATA _____

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

N.B.: RESTITUIRE IL PRESENTE MODULO, DEBITAMENTE COMPILATO E FIRMATO ALLE INSEGNANTI DELLA CLASSE ENTRO IL 27/01/2023. In caso di variazione della scelta relativa all'Insegnamento della Religione Cattolica richiedere o scaricare il Modulo da riconsegnare all'atto della Conferma.

N.B: DA COMPILARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE
SCHEDA ANAGRAFICA FAMILIARE

DATI ANAGRAFICI **DEL PADRE** **DEL TUTORE** **AFFIDATARIO**

| | |
|--|-----------------|
| Cognome_____ | Nome_____ |
| Nato a _____ il _____ | |
| Convivente con l'alunno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Potestà genitoriale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (CONSEGNA EVENTUALE SENTENZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO) | |
| Domicilio (se non convivente) | Via _____ |
| Cap_____ | città_____ |
| Prov_____ | tel _____ |
| Cell _____ | Tel lavoro_____ |
| altro_____ | |
| e-mail_____ | |
| CONSEGNA EVENTUALE SENTENZA DI AFFIDO ESCLUSIVO <input type="checkbox"/> | |

DATI ANAGRAFICI **DELLA MADRE** **DEL TUTORE** **AFFIDATARIO**

| | |
|---|-----------------|
| Cognome_____ | Nome_____ |
| Nato a _____ il _____ | |
| Convivente con l'alunno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Potestà genitoriale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (CONSEGNA EVENTUALE SENTENZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO) | |
| Domicilio (se non convivente) | Via _____ |
| Cap_____ | città_____ |
| Prov_____ | tel _____ |
| Cell _____ | Tel lavoro_____ |
| altro_____ | |
| e-mail_____ | |
| CONSEGNA EVENTUALE SENTENZA DI AFFIDO ESCLUSIVO <input type="checkbox"/> | |