

**Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
n.2 "SAN BERNARDINO DA SIENA"**

Via P. A. Mattioli, 6 - Siena - tel / fax 0577 / 281046

Prot. n° _____/____ del ____/____/_____;

CONFERMA ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA "P. BANDINI"

__l__ sottoscritt _____ in qualità di Genitore 1 Affidatario Tutore
(cognome e nome in stampatello)

__l__ sottoscritt _____ in qualità di Genitore 2 Affidatario Tutore
(cognome e nome in stampatello)

CHIEDE

La conferma dell'iscrizione dell'alunn _____ per l'A.S. _____ / _____
(cognome e nome in stampatello)

alla Scuola dell'Infanzia "Policarpo Bandini" e nel dichiarare di avanzare domanda di iscrizione solo in questa scuola

e di AVVALERSI,

sulla base del piano triennale dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili, del seguente orario:

di orario per **40 ore** settimanali (ore 8:00-16:00, da lunedì a venerdì con servizio di mensa);

di orario per **25 ore** settimanali, solo antimeridiano (ore 8:00-13:00, da lunedì a venerdì con servizio di mensa);

A tal fine DICHIARANO 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 _____
(cognome e nome in stampato maiuscolo, leggibile) _____ sesso _____

- è nat__a _____ (____) il _____ C.F. _____

- è cittadino/a italiano/a altro (indicare nazionalità) _____

- è residenza a: _____ (prov. ____) Via/Piazza _____ n. _____

- con domicilio (se diverso da resid.): _____

✓ Compilando il presente modulo l'Esercente la potestà genitoriale è consapevole che *"relativamente agli adempimenti vaccinali la **mancata regolarizzazione della situazione vaccinale dei minori comporta la DECADENZA DALL'ISCRIZIONE alla scuola dell'Infanzia**, secondo quanto previsto dall'art. 3bis, comma 5, del Decreto Legge 7 giugno 2017, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119."*

**Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
n.2 "SAN BERNARDINO DA SIENA"**
Via P. A. Mattioli, 6 - Siena - tel / fax 0577 / 281046

La propria famiglia, oltre all'alunno/a, è composta da:

1. GENITORE 1 _____ nato a _____ il _____
(cognome e nome in stampato maiuscolo, leggibile)

è cittadino/a italiano/a altro (indicare nazionalità) _____

C.F. _____

residente a: _____ (prov. __) Via/Piazza _____ n. _____

Cell. _____ e-mail: _____
(in stampato maiuscolo, leggibile)

2. GENITORE 2 _____ nato a _____ il _____
(cognome e nome in stampato maiuscolo, leggibile)

è cittadino/a italiano/a altro (indicare nazionalità) _____

C.F. _____

residente a: _____ (prov. __) Via/Piazza _____ n. _____

Cell. _____ e-mail: _____
(in stampato maiuscolo, leggibile)

3. SORELLA/FRATELLO _____ nato a _____ il _____
(cognome e nome)

4. SORELLA/FRATELLO _____ nato a _____ il _____
(cognome e nome)

5. SORELLA/FRATELLO _____ nato a _____ il _____
(cognome e nome)

Firma di autocertificazione* _____

(Legge n. 127 del 1997, D.P.R. n. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

Firma di autocertificazione* _____

(Legge n. 127 del 1997, D.P.R. n. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

* Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

Per avvalersi dei servizi di trasporto scolastico e di mensa le famiglie dovranno presentare la domanda collegandosi al sito del Comune dove saranno pubblicate modalità e scadenze.

Nel caso di intolleranze o allergie: il **sottoscritto si impegna a consegnare entro e NON oltre il 31 agosto, il certificato medico e il modulo di richiesta di dieta speciale/differenziata** presso gli uffici di segreteria della scuola.

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel **rispetto delle norme sulla privacy**, previste dal Regolamento UE 2016/679, D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 così come modificato dal D.lgs 10 Agosto 2018, n.101.

Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
n.2 "SAN BERNARDINO DA SIENA"
Via P. A. Mattioli, 6 - Siena - tel / fax 0577 / 281046

MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

ALUNNO/A _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fermo restando, anche nelle modalità di applicazione, il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta **di avvalersi** dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta di **NON avvalersi** dell'insegnamento della religione cattolica

Data, _____

Firma Genitore 1/Tutore* _____

Firma Genitore 2/Tutore* _____

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la scelta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.

ASSICURAZIONE INTEGRATIVA E CONTRIBUTO VOLONTARIO

Versamento di € 8,00 per l'assicurazione integrativa (OBBLIGATORIA), oppure versamento di assicurazione integrativa e contributo volontario di € 20,00 (per un totale di 28,00 euro), tramite registrazione al servizio PAGO IN RETE. Tutti i pagamenti da e verso l'Istituto transitano attraverso il portale Pago in Rete. Per effettuare i pagamenti è necessario registrarsi sull'apposito portale (<https://www.istruzione.it/pagoindrete/accedere.html>). L'istituto procederà con l'associazione tra genitore/tutore e alunno. Per una corretta associazione tra genitore/tutore VERSANTE-ALUNNO, si richiede al genitore/tutore di autorizzare gli uffici di segreteria ad effettuare le procedure necessarie per l'associazione e di specificare il nominativo del genitore/tutore che effettuerà i pagamenti previsti.

Autorizzo: Sì No

Seguiranno comunicazioni su quando effettuare il versamento.

MOTIVAZIONE

Contributo volontario per ampliamento offerta formativa ai sensi del DPR 22/12/86, n.917 e successive modificazioni, le persone fisiche, quindi anche le famiglie, possono detrarre dall'imposta sul reddito il 19 per cento del contributo elargito. Per ottenere il vantaggio fiscale deve essere specificato nella causale del versamento "CONTRIBUTO VOLONTARIO PER AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA NOME COGNOME ALUNNO/A"

Firma Genitore 1/Tutore* _____

Firma Genitore 2/Tutore* _____

DELEGHE (NOMINATIVI E ESTREMI DEL DOCUMENTO DEI DELEGATI)

È necessario indicare i NOMINATIVI del delegato/i e gli ESTREMI DEL DOCUMENTO di ciascun delegato in corso di validità. Le deleghe valgono per tutto il ciclo di studio (scuola dell'Infanzia), salvo richiesta di modifica e/o integrazione da parte degli esercenti la potestà genitoriale su apposita modulistica.

Seguirà apposita modulistica da compilare, firmare e allegare i documenti di identità. Si ricorda che i minori **NON** possono essere prelevati da scuola da parte di soggetti (maggiorescenti) NON delegati dai genitori/tutori.

**Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
n.2 "SAN BERNARDINO DA SIENA"
Via P. A. Mattioli, 6 - Siena - tel / fax 0577 / 281046**

SERVIZIO PRE-SCUOLA E/O POST-SCUOLA

Si informa che su richiesta di un congruo numero di famiglie può essere annualmente organizzato un servizio di pre-scuola e/o post-scuola (sorveglianza) a pagamento da parte degli Utenti che consente l'accesso degli alunni/e ai locali scolastici in anticipo rispetto all'orario di entrata o di uscita posticipata, che verrà attivato solo a fronte di un numero minimo di richieste (previo apposito monitoraggio da parte dell'Istituto).

SI RICORDA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE RICHIESTA:

- copia della TESSERA SANITARIA/CODICE FISCALE DELL'ALUNNO/A;
- copia di un DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO in corso di validità dei genitori/tutori.

INOLTRE

Vista la normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016; D.lgs 196/2003 come modificato dal D.lgs 101/2018) e considerata l'informativa in relazione alle informazioni fornite e ai trattamenti di dati richiesti, presto il mio consenso al trattamento dei dati del proprio figlio/a per i fini istituzionali indicati nella stessa pertanto

AUTORIZZO FINO A REVOCA **NON AUTORIZZO**

del presente consenso a trasmettere i dati relativi a:

1. Compagnie di assicurazione in relazione alle coperture dei rischi e relativi adempimenti;
2. Agenzie in relazione alla organizzazione e partecipazione a viaggi d'istruzione;
3. Enti e ditte private in relazione ad organizzazione di attività ludiche sportive;
4. Attività didattiche ai fini del Piano dell'offerta formativa del PTOF
5. Iniziative di orientamento;
6. Enti Locali

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la mancata prestazione del consenso impedisce la fruizione dei benefici delle iniziative sopraindicate.

AUTORIZZO FINO A REVOCA **NON AUTORIZZO**

Il/La proprio/a figlio/a a partecipare a USCITE/VISITE GUIDATE organizzate da Codesta scuola nel territorio comunale che si svolgeranno in orario scolastico.

AUTORIZZO FINO A REVOCA **NON AUTORIZZO**

l'Istituto in intestazione all'effettuazione, pubblicazione tramite gli strumenti comunicativi, utilizzo di riprese AUDIO-VIDEO/FOTOGRAFIE/IMMAGINI relative al proprio figlio/a, formativi e di diffusione ritenuti idonei nell'ambito di tutte le attività e di tutti i progetti inerenti il Piano dell'Offerta Formativa sempre nel rispetto delle leggi a tutela della dignità della persona e in osservanza delle disposizioni del GDPR 679/2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati).

Data.....

firma Genitore/Tutore 1 _____

firma Genitore/Tutore 2 _____