



**DOMANDA DI RICONFERMA SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2019/2020**

Al Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO "P.VOLPONI"– URBINO

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

GENITORE/ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE  TUTORE  AFFIDATARIO

dell'alunn \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La riconferma, per l'a.s. 2019/2020 alla Scuola dell'Infanzia di \_\_\_\_\_ per la frequenza del  2° anno  3° anno

Chiede inoltre, sulla base di opportunità educative offerte dalla scuola, che il proprio figlio/a possa essere assegnato/a a classi con la organizzazione o le caratteristiche di seguito indicate (barrare l'opzione scelta):

- TURNO NORMALE CON MENSA**
- TURNO ANTIMERIDIANO SENZA MENSA**
- INGRESSO ANTICIPATO** (consentito solo qualora sussista la garanzia di adeguata vigilanza sugli alunni e su richiesta scritta e motivata della famiglia)

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

L'alunn \_\_\_\_\_  M  F \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome Codice Fiscale

- È nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Ha cittadinanza:  italiana  altro (indicare quale) \_\_\_\_\_
- È residente a \_\_\_\_\_ (Prov. ....) C.A.P. \_\_\_\_\_
- Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

La propria famiglia convivente, oltre all'alunno, è composta da (come da stato di famiglia):

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Parentela
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

- Eventuale domicilio diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_
- Altri recapiti telefonici (specificare quali): \_\_\_\_\_
- Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_
- Di non aver presentato analogo domanda di iscrizione presso altra scuola della Repubblica
- È stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  SI  NO (Eventuali particolari patologie, potranno essere segnalate ai coordinatori di sezione)

**RELIGIONE CATTOLICA (diritto di avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica)**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ a conoscenza del diritto, riconosciuto dallo Stato, della libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (art. 9.2 dell'Accordo 18.2.1984 ratificato con Legge 25.3.1985 n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929),

**CHIEDE**

che il propri\_ figli\_ possa avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica SI  NO \*

\* Per chi non si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica saranno attivate azioni didattico-formative, con assistenza di personale docente

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:**

Con la firma della presente, dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'ex art. 13 del D.lgs n. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(Autocertificazioni Leggi 15/68 127/97 131/98) DPR 445/2000)