



**DOMANDA DI ISCRIZIONE : anno scolastico 2018/2019**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Padre [ ] Madre [ ] Tutore [ ]

Chiede che suo figlio/a \_\_\_\_\_

sia iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

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, come previsto dall'Art. 26 L. 4. 1. 68 n. 15 e successive modificazione, che:

l'alunno/a \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

È nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) il \_\_\_\_\_

È cittadino/a \_\_\_\_\_

È residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_)

In via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

È domiciliato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_)

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Telefono: N. \_\_\_\_\_

È stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie ..... SI [ ] NO [ ]

Ha fratelli e/o sorelle che frequentano la scuola nello stesso Istituto?..... SI [ ] NO [ ]

***Dichiara, inoltre, di aver preso visione dei locali, di conoscere l'offerta formativa dettagliatamente descritta dalla dirigente scolastica, di conoscere il "PTOF" ed i costi di frequenza e di essere a conoscenza che per ogni ulteriore, eventuale servizio aggiuntivo erogato dall'Istituto, sarà richiesto un contributo idoneo a coprirne i costi.***

**Autorizza, altresì:**

- le uscite didattiche
- le foto e filmini a scopo didattico
- le foto e filmini sul sito a scopo didattico
- la visita del medico scolastico in caso di bisogno

**Allega**

**N. 1 Certificato di Nascita** (per la prima iscrizione)

**N. Copia documento di identità dei genitori e C.F.** (per la prima iscrizione)

**N. Certificato vaccinazioni**

**N. Copia di versamento d'iscrizione/rinnovo (€ 130,00)**

ROMA, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del genitore o di chi ne fa le veci)

## DATI PERSONALI DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_  
Titolo di Studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Telefono e mail \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_  
Titolo di Studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Telefono e mail \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, il/la sottoscritto/a decade dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall' Art. 75 del D.P.R. 18.12.2000 N. 445
- che l'istituzione scolastica può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31.12.96 N. 675 (e successive modifiche) "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" – Art. 27);
- **Che la presente sarà l'unica domanda presentata.**

### SERVIZI RICHIESTI

TEMPO NORMALE: Scuola dell'infanzia h. 8,00 – 13,00 senza pranzo..... [ ]  
Scuola dell'infanzia h. 8,00 – 15,00 con il pranzo..... [ ]  
Scuola dell'infanzia h. 8,00 – 16,00 con il pranzo..... [ ]  
Scuola dell'infanzia h. 8,00 – 17,00 con il pranzo..... [ ]  
Scuola Primaria h. 8,00 – 13,00 ..... [ ]  
TEMPO PROLUNGATO: h. 8,00 – 16,00 ..... [ ]  
h. 8,00 – 17,00 ..... [ ]  
Scuola Secondaria di I grado h. 8,00 – 13,00 ..... [ ]  
TEMPO PROLUNGATO: h. 8,00 – 16,00 ..... [ ]  
h. 8,00 – 17,00 ..... [ ]

Due giorni la settimana scelti dalla scuola, usciranno i ragazzi della secondaria alle ore 13,30

ENTRATA ANTICIPATA O POSTICIPATA: [ ]

REFEZIONE\* ..... [ ]

**LE ISCRIZIONI PER L'ANNO SUCCESSIVO SI EFFETTUANO NEL MESE DI GENNAIO/FEBBRAIO PRESSO LA SEGRETERIA DELLA SCUOLA.**

### **I VERSAMENTI SI EFFETTUANO ENTRO IL 1 DEL MESE, TRAMITE:**

**1. C/C. P. N.: 43090000**

**2. CONTO BANCOPOSTA: IBAN: IT14 H076 0103 2000 0004 3090 000**

**Intestato a:** Congregazione Suore Salesiane dei S. Cuori – Istituto Filippo Smaldone  
per sordomute Via Tor de Schiavi n. 404

**3. CONTO BANCARIO: MONTI DEI PASCHI DI SIENA AGENZIA 129:**

**IBAN: IT73T 01030 03303 000000577041**

specificando nella causale "Cognome e Nome dell'alunno/a, la Classe o Sezione frequentata ed il periodo di competenza". La non osservanza di tale direttiva può dare origine a riscontri e verifiche.

**\*Nel caso di dieta per intolleranza o allergia:** Il sottoscritto si impegna a consegnare in Segreteria, prima dell'inizio del servizio e in duplice copia il CERTIFICATO MEDICO.

ROMA, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del genitore o di chi ne fa le veci)