



Al Dirigente scolastico  
Istituto Comprensivo

---

Oggetto: Domanda di iscrizione alla scuola secondaria di primo grado per l'anno scolastico **2009/10.**

Il sottoscritto genitore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

**CHIEDE**

l'iscrizione dell'alunno/a di seguito indicato/a. A tal fine, e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

( ai sensi degli art. 5 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 )

**ALUNNO/A**

Cognome					Nome														
<input type="checkbox"/> Maschio					<input type="checkbox"/> Femmina					Codice Fiscale:									

**Nascita**

<b>DATA DI NASCITA</b>										Comune di nascita										Provincia	
Località estera										Stato											

**Residenza**

CAP					Comune					Prov.		Frazione									
Via					n.					Email					Telefono						
Loc. estera										Stato											

**Domicilio (se non coincide con la residenza)**

CAP					Comune					Prov.		Frazione									
Via					n.					Email					Telefono						
Loc. estera										Stato											

Cittadinanza estera: 1) ..... 2) .....												<input type="checkbox"/> <b>Nomade</b>	
giorno/mese/anno di entrata in Italia: .....													

**Dati scolarità precedente**

<input type="checkbox"/>		Frequenza sc. materna			Per nr. Anni													
Scuola precedente										Sezione								

**Dati iscrizione**

Chiede l'iscrizione all'anno di corso:		Secondaria di I grado	<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>	II	<input type="checkbox"/>	III						
Presso la scuola														
RELIGIONE	<input type="checkbox"/>	Sceglie di avvalersi o meno dell'insegnamento della religione cattolica come risulta dal relativo allegato A;												
	<input type="checkbox"/>	Non si avvale dell'insegnamento della religione cattolica ed indica le materie alternative come da relativo allegato B;												
VACCINAZIONE	<input type="checkbox"/>	Dichiara di aver sottoposto l'alunno/a suindicato/a alle vaccinazioni prescritte per legge <u>presso l'AS.P.P. di:</u> _____												
TRASPORTO	<input type="checkbox"/>	Chiede di essere ammesso alle agevolazioni per il servizio di trasporto come risulta dal relativo allegato;												
<b>DOMANDA di ammissione al servizio MENSA</b>	<b>SI</b> <b>NO</b>	<hr/> <p style="text-align: center;"><b>FIRMA per ammissione</b></p>												

**NOTE relative al servizio mensa:**

Per l'accesso alla mensa scolastica è richiesto alle famiglie il pagamento di una quota di compartecipazione al costo del pasto, che può essere intera o agevolata.  
 Le **tariffe agevolate** per la fruizione del servizio di mensa saranno determinate tenendo conto della condizione economica del nucleo familiare, valutata con il sistema ICEF provinciale. (Al fine di usufruire della tariffa agevolata, sarà necessario presentare presso gli sportelli abilitati CAF la dichiarazione ICEF relativa ai redditi 2008 e al patrimonio al 31.12.2008. I centri di assistenza fiscale convenzionati saranno disponibili per la compilazione della dichiarazione ICEF e per la procedura di calcolo della tariffa agevolata individuale. Il sistema tariffario sarà adottato con provvedimento da parte della Giunta provinciale. In assenza della dichiarazione ICEF, per l'accesso alla mensa scolastica sarà richiesto alla famiglia il pagamento della tariffa intera. Gli alunni appartenenti a famiglie che fruiscono dell'assistenza economica di base o che ne hanno i requisiti e gli alunni stranieri provvisti di permesso di soggiorno ai sensi dell'art. 3 del D.P.C.M. 01/09/2000, i quali versino in stato di bisogno, saranno ammessi al servizio di mensa scolastica direttamente senza alcun onere, in base all'attestazione rilasciata dai competenti servizi sociali.)

**PADRE (o chi esercita la potestà)**

Cognome					Nome									
Codice Fiscale														
Rapporto con l'alunno	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Altro:						<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>	Femmina	

**Nascita**

Data												Comune	Provincia	
Località estera di nascita: .....										Stato di nascita				
Entrato in Italia (gg/mm/aa): .....														
Doppia cittadinanza :           SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>														

**Residenza o domicilio (se diversi dall'alunno/a)**

CAP						Comune	Prov.	Frazione
Via	n.						Prefisso	Telefono
Loc. estera							Stato	

Dati statistici facoltativi

**Condizione professionale**

Barrare il codice facendo riferimento alla tabella relativa riportata nella pagina seguente.	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Titolo di Studio**

Barrare il codice facendo riferimento alla tabella relativa riportata nella pagina seguente.	T00	T01	T02	T03	T04	T05	T06	T07	T08	T09	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Professione**

Barrare il codice facendo riferimento alla tabella relativa riportata nella pagina seguente.	P01	P02	P31	P32	P04	P05	P06	P07	P09	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**MADRE (o chi esercita la potestà)**

Cognome					Nome														
Codice Fiscale																			
Rapporto con l'alunno	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Altro:							<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina									

**Nascita**

Data di nascita										Comune di nascita	Provincia
Località estera di nascita: .....							Stato di nascita				
Entrata in Italia (gg/mm/aa: .....											
Doppia cittadinanza :	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>									

**Residenza o domicilio (se diversi dall'alunno/a)**

CAP						Comune	Prov.	Frazione	
Via							n.	Prefisso	Telefono
Loc. estera							Stato		

Dati statistici facoltativi

**Condizione professionale**

Barrare il codice facendo riferimento alla tabella relativa riportata nella pagina seguente.	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Titolo di Studio**

Barrare il codice facendo riferimento alla tabella relativa riportata nella pagina seguente.	T00	T01	T02	T03	T04	T05	T06	T07	T08	T09	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Professione**

Barrare il codice facendo riferimento alla tabella relativa riportata nella pagina seguente.	P01	P02	P31	P32	P04	P05	P06	P07	P09	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Al fine di agevolare il rapporto scuola famiglia riferisce che**

<input type="checkbox"/>	l'alunno suindicato soffre delle seguenti allergie:					
<input type="checkbox"/>	durante l'anno l'alunno viene regolarmente affidato alle seguenti persone che non corrispondono a nessuno dei responsabili suindicati.					
1	Cognome		Nome			
	Rapporto con l'alunno		Prov. Prefisso Telefono			
	Indirizzo		Frazione			
	CAP					Comune
2	Cognome		Nome			
	Rapporto con l'alunno		Prov. Prefisso Telefono			
	Indirizzo		Frazione			
	CAP					Comune
Eventuali altre comunicazioni:						
.....						
.....						

