



ISTITUTO COMPRENSIVO
"C. SALUTATI-A. CAVALCANTI"



Piazza A. Moro, 1 - 51011 Borgo a Buggiano (PT)
C.F.: 81003470473 - tel. 0572 - 32018
ptics1900g@istruzione.it - ptics1900g@pec.istruzione.it www.istitutosalutaticavalcanti.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE alla SCUOLA dell'INFANZIA

Anno Scolastico 2024/2025

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "C. Salutati – A. Cavalcanti" Piazza
Aldo Moro 1 - 51011 Buggiano (PT)

I sottoscritti _____ e

in qualità di:

padre/genitore 1 e madre/genitore 2 affidatari

Oppure

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

tutore/rice genitore unico

Consapevoli/e delle responsabilità penali cui possono/può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dagli artt. 75 e 76 del. D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **conferma i dati indicati nella presente domanda di iscrizione**. Ai sensi dell'art. 71 DPR 445, l'istituzione scolastica provvederà ad effettuare idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive e delle certificazioni rese dal dichiarante.

CHIEDE/ONO

a) l'iscrizione alla scuola dell'infanzia per l'anno scolastico **2024/2025**, del/la proprio/a figlio/a _____, esprimendo preferenza per il plesso:

"Carozzi-Sannini" (Borgo) "La Giostra" (Pittini)

Con il seguente orario:

- orario ORDINARIO (8.00 – 16.00) per 40 ore settimanali
- orario RIDOTTO (8.00 – 13.00) per 25 ore settimanali
- orario PROLUNGATO fino a 50 ore settimanali (attivabile in base al numero di

richieste)

b) di avvalersi:

dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile 2022**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei bambini che compiono tre anni entro il 31 dicembre 2024.

c) di avvalersi dei seguenti servizi comunali:

Scuolabus Mensa Pre-scuola

d) di esprimere le seguenti richieste particolari:

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a _____ di
sesso: M F, è nato/a a _____ Prov. (_)

il _____

a) è di nazionalità _____, C.F. _____

b) è residente a _____ (___) in via

c) che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti allergie/intolleranze:

d) che la famiglia del/la bambino/a è composta da:

Cognome e Nome del padre/genitore 1/tutore/affidatario:

C.F.: _____ Cittadinanza _____

Comune di Nascita _____ Data di Nascita __/____/____

Indirizzo _____

Titolo di Studio _____ Professione _____

Tel. _____ cell. _____ email _____

Cognome e Nome della madre/genitore 2/affidatario:

C.F.: _____ Cittadinanza _____

Comune di Nascita _____ Data di Nascita __/__/____

Indirizzo _____

Titolo di Studio _____ Professione _____

Tel. _____ cell. _____ email _____

e) che eventuali altri componenti del nucleo familiare, esclusi i genitori/tutore/affidatari sono:

N	cognome e nome	luogo di nascita	data di nascita			grado di parentela

DICHIARANO INOLTRE*

- f) che il/la bambino/a ha già frequentato la stessa scuola richiesta Sì No;
- g) che il/la bambino/a ha un/a gemello/a Sì No;
- h) che nel plesso richiesto frequenta attualmente/ ha frequentato il/la fratello/sorella Sì No;
- i) che il minore per cui si presenta domanda di iscrizione possiede un certificato di invalidità Sì No;
- j) che entrambi i genitori svolgono un lavoro continuativo e full-time Sì No;
- k) che l'indicatore ISEE familiare dell'anno precedente è di € _____
- l) Che uno dei genitori ha una sede di lavoro stabile entro 3 km dall'edificio scolastico Sì No . . . Se "sì", precisare quale _____

**ogni risposta è facoltativa, ma la sua mancanza attribuisce zero punti per la graduatoria della lista di accesso.*

Alla luce delle disposizioni del Codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione alla scuola dell'Infanzia, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori, di conseguenza

DICHIARA/NO

di aver preso visione dell' "informativa sulla responsabilità genitoriale" e di avere effettuato le scelte nella compilazione della presente domanda di iscrizione nell'osservanza delle norme del Codice civile sopra richiamate.

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Da compilare solo se necessario

Il genitore _____

DICHIARA

sotto propria responsabilità che la domanda è firmata da un genitore per impossibilità di firma dell'altro

Data _____ Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO
"C. SALUTATI-A. CAVALCANTI"



Piazza A. Moro, 1 - 51011 Borgo a Buggiano (PT)
C.F.: 81003470473 - tel. 0572 - 32018

ptics1900g@istruzione.it - ptics1900g@pec.istruzione.it www.istitutosalutaticavalcanti.it

Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi
dell'insegnamento della RELIGIONE CATTOLICA

I sottoscritti _____ e

in qualità di:

- padre/genitore 1 e madre/genitore 2 affidatari

Oppure

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

- tutore/ricè genitore unico

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.

SCELGONO DI

- AVVALERSI NON AVVALERSI

dell'insegnamento della religione cattolica

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Da compilare solo se sono presenti due genitori

Il genitore _____

DICHIARA

sotto propria responsabilità che la domanda è firmata da un genitore per impossibilità di firma dell'altro

Data _____ Firma _____

**** (Art. 9.2)** dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la legge 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929: "La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado. Nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento. All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione".



ISTITUTO COMPRENSIVO
"C. SALUTATI-A. CAVALCANTI"



Piazza A. Moro, 1 - 51011 Borgo a Buggiano (PT)
C.F.: 81003470473 - tel. 0572 - 32018
ptics1900g@istruzione.it - ptics1900g@pec.istruzione.it www.istitutosalutaticavalcanti.it

TUTELA DELLA PRIVACY

I sottoscritti _____ e

in qualità di:

- padre/genitore 1 e madre/genitore 2 affidatari

Oppure

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

- tutore/ricce genitore unico

DICHIARA/NO

di aver acquisito l'atto di informazione ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679. L'[atto di informazione](#) è pubblicato sul sito dell'Istituto nella sezione "[Privacy Policy](#)"

<https://www.istitutosalutaticavalcanti.edu.it/provawordpress/wp-content/uploads/2024/01/Informativa-terzi-familiari-dipendente.pdf?x48862>

Si rende noto che sono identificate le seguenti figure:

Titolare del trattamento dei dati: Dirigente Scolastico Alessandro Paone reperibile all'indirizzo mail alessandro.paone@istitutosalutaticavalcanti.it

D.P.O: Avv. Valentina Frediani – Colin & Partners reperibile all'indirizzo mail r.p.d.mail@istitutosalutaticavalcanti.it

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO
"C. SALUTATI-A. CAVALCANTI"



Piazza A. Moro, 1 - 51011 Borgo a Buggiano (PT)
C.F.: 81003470473 - tel. 0572 - 32018
ptics1900g@istruzione.it - ptics1900g@pec.istruzione.it www.istitutosalutaticavalcanti.it

OBBLIGO VACCINAZIONI

I sottoscritti _____ e

in qualità di:

padre/genitore 1 e madre/genitore 2 affidatari

Oppure

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

tutore/ricè genitore unico

DICHIARANO

di essere consapevole/i degli obblighi previsti dal Decreto-legge n. 73 del 07/06/2017, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31/07/2017 relativamente agli adempimenti vaccinali.

DICHIARA/NO INOLTRE

di essere consapevole/I che, ai sensi dell'art. n. 3 della Legge della Regione Toscana n. 51 del 14/09/2018, l'acquisizione delle informazioni sullo stato vaccinale dei minori avviene mediante lo scambio diretto di informazioni fra le Pubbliche Amministrazioni e gli altri soggetti interessati attraverso la procedura Web di consultazione dell'anagrafe vaccinale regionale.

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Da compilare solo se sono presenti due genitori

Il genitore _____

DICHIARA

sotto propria responsabilità che la domanda è firmata da un genitore per impossibilità di firma dell'altro

Data _____ Firma _____

