



ISTITUTO COMPRENSIVO “MATTEO RICCI”

# Via Marconi n. 22 – 60020 POLVERIGI (AN)

# Tel. 071/906101-9069265 Fax 071/9069265 – Cod. Fisc. 80016950422

**e-mail: anic80300l@istruzione.it**

*Spazio Riservato alla Segreteria*

*Prot. del*

**pec:** [**anic80300l@pec.istruzione.it**](mailto:ANIC80300L@PEC.ISTRUZIONE.IT)

[**www.icpolverigi.gov.it**](http://www.icpolverigi.gov.it)

**ALLEGATO SCHEDA A**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL’INFANZIA**

**a.s. 2018/2019**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO “MATTEO RICCI”

POLVERIGI

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………………………………….…

*(Cognome e Nome)*

in qualità di **􀀀** genitore/esercente la responsabilità genitoriale

**􀀀** tutore

**􀀀** affidatario

**CHIEDE**

l’iscrizione per l’a.s. 2018/2019 del bambin\_\_ …………………………………………………….…………………..…………..

*(Cognome) (Nome)*

**􀀀** M **􀀀** F

alla **Scuola dell’Infanzia** (Esprimere almeno 2 preferenze seguendo l’ordine numerico crescente):

* **Colorella, Polverigi** Via Marconi, 38
* **Aquilone, Camerata Picena** Via Don Minzoni
* **Girotondo, Agugliano** Via Montessori, 15

**Richiesta di iscrizione anticipata:**

 Riferita a coloro che compiono il 3° anno di età nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 30 aprile 2019

Il/La sottoscritto/a nel richiedere l’ammissione alla scuola dell’infanzia, è consapevole che l’accoglimento dell’istanza è subordinato alla disponibilità di posti, alla precedenza dei/delle bambini/e che compiono i 3 anni entro il 31 dicembre 2018, nel rispetto dei criteri di accoglienza definiti dal Consiglio d’Istituto e dalla normativa vigente.

Data ………………………………………….. FIRMA

padre………………………………………………………………………….

madre …………………………………………………………………...

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell’attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, che:

* \_\_l\_bambin\_ ……………………………….……………..…………….……

*(cognome nome) (Codice Fiscale e allegare fotocopia)*

* è nato/a ….………………………………………………………………. prov. …………………. il ……………………………………….
* è cittadino **□** italiano **□** altro (indicare nazionalità) ……………………….…………………………………………………
* è residente a ………………………………………………………………………………………………………….. prov. ..………………
* in Via/Piazza …………………………………………………………………………………………………………….. n……..………………
* e/o domiciliato a ………………………………………………………………………………………… prov.…………………………..
* in Via/Piazza ………………………………………………………………………………………………………. n.………………………..
* telefono ………….……………..……...…..………. cell. padre ……..…………….....……........……………………………….
* cell. madre ………………….…………….......……...… cell. tutore/affidatario ……….……………………..……………….
* e-mail ………………………………………….………………………………………………………………………………………………………
* proviene dalla scuola ………………………………………………..………………………………………………………………………
* è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie: **□** SI **□** NO

(produrre documentazione obbligo vaccinale di cui alla L. 71/2017, modificata dalla L.119/2017)

* il minore è in situazione di disabilità **□** SI **□** NO

*(la documentazione, rilasciata dal competente Servizio ASUR, dovrà essere depositata in Segreteria)*

* *La* propria **famiglia convivente,** oltre l’alunno/a, è composta da:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Cognome e Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Indirizzo** (se diverso da quello dell’alunno) |
| 1. Padre |  |  |  |  |
| 1. Madre |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Genitore** esercente la responsabilità genitoriale, **non convivente** (da compilare se ricorre il caso):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cognome e Nome Luogo data di nascita

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Residenza e indirizzo tel.

* **Altri figli iscritti** presso l’Istituto Comprensivo “Matteo Ricci”:

Cognome e Nome Scuola Classe frequentata

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCELTA OPPORTUNITA’ FORMATIVE**

Il/La sottoscritto/a, sulla base del piano dell’offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili, consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che non sempre permettono l’accettazione piena di tutte le richieste

**esprime le seguenti preferenze e CHIEDE:**

*(contrassegnare la voce che interessa)*

**□ orario ordinario** delle attività educative per 40 ore settimanali (dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 16). L*a domanda per la mensa scolastica e/o trasporto va presentata al Comune di competenza: Comune di Camerata Picena, Uff. Scuola – domanda scaricabile anche dal sito* [www.comune.cameratapicena.an.it](http://www.comune.cameratapicena.an.it); Comune di Agugliano, Uff.Pubblica Istruzione scaricabile sul sito [www.comune.agugliano.an.it](http://www.comune.agugliano.an.it); Comune di Polverigi, Uff.Pubblica Istruzione scaricabile sul sito [www.comune.polverigi.an.it](http://www.comune.polverigi.an.it)

**□ orario ridotto** delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per 25 ore settimanali (dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 13). *(se, eventualmente, si raggiungesse il numero di alunni per la formazione della classe, inclusivo della mensa)*

Data \* padre ……………………………………………………………….

\* madre ………………………………………………………………..

*Firme di autocertificazione (Leggi 15/1968,127/1997,131/1998; DPR 445/2000 e smi) da sottoscrivere al momento della presentazione della presentazione della domanda di fronte all’impiegato amministrativo domanda all’impiegato della scuola*

\* Il sottoscritto, **presa visione dell’informativa** resa dalla scuola ai sensi dell’articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola 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 Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data ………………………. \*\*padre ………………………………………………………………………..

\*\*madre ………………………………………………………………………..

\*\*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 (fonte MIUR)

Se possibile vorrei che mio/a figlio/a frequentasse con il/la seguente compagno/a: ……………………………………………………………………

N.B.: La preferenza espressa dalla famiglia non è tuttavia vincolante per la scuola





ISTITUTO COMPRENSIVO “MATTEO RICCI”

# Via Marconi n. 22 – 60020 POLVERIGI (AN)

# Tel. 071/906101-9069265 Fax 071/9069265 – Cod. Fisc. 80016950422

**e-mail: anic80300l@istruzione.it**

**pec:** [**anic80300l@pec.istruzione.it**](mailto:ANIC80300L@PEC.ISTRUZIONE.IT)

*Spazio riservato alla segreteria*

Prot……………….. del .................

[**www.icpolverigi.gov.it**](http://www.icpolverigi.gov.it)

**ALLEGATO SCHEDA C**

**DOMANDA DI CONFERMA ISCRIZIONE**

**SCUOLA DELL’INFANZIA**

**a.s. 2018/2019**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO “MATTEO RICCI”

POLVERIGI

l/La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………….

(cognome e nome)

in qualità di **􀀀** genitore/esercente la responsabilità genitoriale

**􀀀** tutore

**􀀀** affidatario

**CONFERMA L’ISCRIZIONE**

per l’a.s. 2018/2019, medesima sezione, dell’alunn\_\_ ……………………………………………………

(Cognome*) (*Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**􀀀** M **􀀀** F

e frequentante nell’anno scolastico 2017/2018 la sezione \_\_\_\_\_\_ della scuola dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mettere una croce nella voce che interessa)

**􀀀** al **SECONDO ANNO 􀀀** al **TERZO ANNO** della Scuola dell’Infanzia:

* **Colorella, Polverigi** Via Marconi, 38
* **Aquilone, Camerata Picena** Via Don Minzoni
* **Girotondo, Agugliano** Via Montessori, 15

Con il seguente orario:

 **orario ordinario** delle attività educative per 40 ore settimanali (con mensa)

(dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 16). L*a domanda per la mensa scolastica e/o trasporto va presentata al Comune di competenza: Comune di Camerata Picena, Uff. Scuola – domanda scaricabile anche dal sito* [www.comune.cameratapicena.an.it](http://www.comune.cameratapicena.an.it); Comune di Agugliano, Uff.Pubblica Istruzione scaricabile sul sito [www.comune.agugliano.an.it](http://www.comune.agugliano.an.it); Comune di Polverigi, Uff.Pubblica Istruzione scaricabile sul sito [www.comune.polverigi.an.it](http://www.comune.polverigi.an.it)

 **orario ridotto** delle attività educative, per 25 ore settimanali con svolgimento nella fascia del mattino (con mensa)

Dichiara, pertanto, sotto la propria responsabilità, di non presentare domanda di iscrizione presso un altro Istituto Comprensivo.

□ COMUNICA che per l’anno scolastico 2018/2019 **NON CONFERMA** l’iscrizione alla scuola per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data ………………………. padre ………………………………………………………………………..

madre ………………………………………………………………………..

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 (fonte MIUR)

\_l\_bambin\_ ……………………………….……………..…………….……

*(cognome nome) (Codice Fiscale e allegare fotocopia)*

è nato/a …………………………………………………..……………………. prov. ………….. il ……………………………………….

è cittadino **□** italiano **□** altro (indicare nazionalità) ………………………...........……………………………………….

è residente a …………………………………………………………………………………………….…………….. prov. ………………

in Via/Piazza …………………………………………………………………………………………………………………… n.………………

e/o domiciliato a ………………………………………..…………………………………………………………….. prov.………………

in Via/Piazza …………………………………………………..…………………………………..…………………………… n.……………

telefono ……………….……..……...…..………. cell. padre ……………..................……........…………..

cell. madre ……………….…….......……...… cell. tutore/affidatario ……………………..……………..……

e-mail ………………………………………….….

proviene dalla scuola ………………………………………………..…………………………………………..

è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie: **□** SI **□** NO

il minore è in situazione di disabilità (la documentazione, rilasciata dal competente Servizio ASUR, dovrà essere depositata in Segreteria, Ufficio Alunni)

La propria **famiglia convivente,** oltre l’alunno/a, è composta da:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Cognome e Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Indirizzo**  (se diverso da quello dell’alunno) |
| Padre |  |  |  |  |
| Madre |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Genitore** esercente la responsabilità genitoriale, **non convivente** (da compilare se ricorre il caso):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cognome e Nome Luogo data di nascita

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Residenza e indirizzo tel.

Indicare se ci sono state variazioni al proprio nucleo familiare a quello precedentemente dichiarato (in caso affermativo allegare autocertificazione)

**􀀀** SI **􀀀** NO

Indicare se la propria residenza è variata nell’ultimo periodo

**􀀀** SI **􀀀** NO

**Altri figli iscritti** presso l’Istituto Comprensivo “Matteo Ricci”:

Cognome e Nome Scuola Classe frequentata

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data ………………………. padre ………………………………………………………………………..

madre ………………………………………………………………………..

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 (fonte MIUR)





ISTITUTO COMPRENSIVO “MATTEO RICCI”

# Via Marconi n. 22 – 60020 POLVERIGI (AN)

# Tel. 071/906101-9069265 Fax 071/9069265 – Cod. Fisc. 80016950422

**e-mail: anic80300l@istruzione.it**

**pec:** [**anic80300l@pec.istruzione.it**](mailto:ANIC80300L@PEC.ISTRUZIONE.IT)

*Spazio riservato alla segreteria*

*Prot………….. del……….*

[**www.icpolverigi.gov.it**](http://www.icpolverigi.gov.it)

**ALLEGATO SCHEDA D**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “Matteo Ricci” – Polverigi

**AUTORIZZAZIONI PREVENTIVE**

\_l\_ sottoscritt\_ …………………………………………………………………………………………………….

*(cognome e nome)*

in qualità di **􀀀** genitore/esercente la responsabilità genitoriale

**􀀀** tutore

**􀀀** affidatario

**AUTORIZZA**

**AUTORIZZAZIONE A FOTOGRAFIE E/O RIPRESE**

Il sottoscritto, avendo ricevuto l’informativa**, AUTORIZZA** il proprio figlio, per l’intero ciclo scolastico, ad essere fotografato/ripreso nell’ambito delle attività scolastiche programmate (gite, recite, attività sportive, lezioni, foto ricordo annuale), l’esposizione a scuola (anche a mezzo del sito web) o in sedi istituzionali con finalità di documentazione esclusivamente didattica:

□ SI □ NO

**AUTORIZZAZIONE PUBBLICAZIONE FOTOGRAFIE E/O RIPRESE**

Il sottoscritto, avendo ricevuto l’informativa**,** **AUTORIZZA**, per l’intero ciclo scolastico la pubblicazione, su siti WEB o in giornali o disegni o testi-ipertesti o resi pubblici, delle foto/riprese, partecipazione a mostre, gare e concorsi effettuate nell’ambito delle attività scolastiche con finalità di documentazione didattica, secondo la normativa vigente in materia:

□ SI □ NO

**AUTORIZZAZIONE VISITE GUIDATE, USCITE DIDATTICHE**

Il sottoscritto, avendo ricevuto l’informativa, **AUTORIZZA** il proprio figlio a partecipare ad uscite, a visite guidate programmate all’esterno dell’edificio scolastico, nell’ambito del Comune, nel territorio in orario scolastico, ad integrazione delle attività didattiche, accompagnato dagli insegnanti di sezione e/o classe:

□ SI □ NO

N.B. La durata delle autorizzazione è valida per l’intero anno scolastico di riferimento, salvo espressa revoca da parte della famiglia.

**Il sottoscritto dichiara infine:**

di leggere, prendere visione e sottoscrivere il Patto di Corresponsabilità educativa, approvato dal Collegio Docenti il 18 /10/2017 nell’ambito del PTOF a.s. 2017/18

di aver ricevuto la Nota Informativa Privacy, di cui all’art.13 del D.Lgs. 196/2003

di non aver presentato e di non presentare domanda di iscrizione in altre scuole

di esser consapevole che i dati contenuti nella presente autocertificazione possono essere utilizzati nell’ambito della scuola e per fini istituzionali

di comunicare tempestivamente alla segreteria dell’istituto Comprensivo “M. Ricci” qualsiasi cambiamento di recapito, indirizzo, telefono o altra variazione relativa al nucleo familiare.

Di versare il **contributo volontario di euro 25,00,** (comprensivo della polizza assicurativa di euro 8,00), come deliberato dal Consiglio di Istituto con delibera n. 49 del 25 ottobre 2017 relativamente all’a.s. 2018/2019. Il versamento dovrà essere effettuato bollettino postale sul **CCP n. 11482601** intestato a: **ISTITUTO COMPRENSIVO MATTEO RICCI – POLVERIGI.**

Nella parte “*eseguito da*”: dovrà essere indicato il *cognome e nome dell’alunno*

Nella “*causale*” dovrà essere indicata **la classe e la scuola dell’alunno per l’a.s. 2018/2019**

Gli alunni diversamente abili che usufruiscono della L. 104/1992 sono esonerati dal pagamento della quota assicurativa.

L’attestazione dell’avvenuto versamento dovrà essere allegata alla presente.

Per i criteri di accoglimento delle domande è possibile consultare il Regolamento di Istituto, attualmente vigente, reperibile sul sito istituzionale.

Data …………………… Firma ……………………………………………………………….

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305