



**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE GENERALITÀ DEI GENITORI/TUTORI**

*(Compilare con esattezza e in stampatello)*

Il firmatario della presente, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non rispondenti al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, dichiara che i genitori/tutori dell'alunno/a iscritto/a sono:

**PADRE (o chi ne fa legalmente le veci)** cittadinanza  italiana  altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ - Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (cellulare papà) \_\_\_\_\_ (se lo ritenete utile, tel. lavoro)

Altri telefoni utili: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Specificare: (.....) - (.....) - (.....)

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

A carico del padre/tutore esistono provvedimenti emessi dall'autorità giudiziaria di limitazione della patria potestà o altri provvedimenti particolari di affidamento del minore dei quali la scuola debba essere a conoscenza ai fini dell'organizzazione delle attività didattiche e parascolastiche:  **SÌ**  **NO**

**MADRE (o chi ne fa legalmente le veci)** cittadinanza  italiana  altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ - Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (cellulare mamma) \_\_\_\_\_ (se lo ritenete utile, tel. lavoro)

Altri telefoni utili: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Specificare: (.....) - (.....) - (.....)

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

A carico della madre/tutrice esistono provvedimenti emessi dall'autorità giudiziaria di limitazione della patria potestà o altri provvedimenti particolari di affidamento del minore dei quali la scuola debba essere a conoscenza ai fini dell'organizzazione delle attività didattiche e parascolastiche:  **SÌ**  **NO**

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO STATO DI FAMIGLIA ESCLUSO L'ALUNNO/A**

*(Compilare con esattezza e in stampatello)*

COGNOME E NOME LUOGO DI NASCITA - DATA DI NASCITA - RAPPORTO DI PARENTELA

1. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

● ai fini dell'eventuale lista d'attesa, dichiara che:

<b>croceettare le voci che interessano</b>		punti	verifica ufficio
L'alunno/a è diversamente abile (Legge 104) ed è residente nel Comune richiesto per la frequenza (si allega documentazione)	<input type="checkbox"/>	100	
L'alunno/a è diversamente abile (Legge 104) e non è residente nel Comune richiesto per la frequenza (si allega documentazione)	<input type="checkbox"/>	25	
Il nucleo familiare dell'alunno/a è seguito/a dai Servizi Sociali ed è residente nel Comune richiesto per la frequenza (si allega documentazione)	<input type="checkbox"/>	100	
Il nucleo familiare dell'alunno/a è seguito/a dai Servizi Sociali e non è residente nel Comune richiesto per la frequenza (si allega documentazione)	<input type="checkbox"/>	25	
L'alunno/a è residente nel Comune richiesto per la frequenza	<input type="checkbox"/>	100	
L'alunno/a non è residente nel Comune richiesto per la frequenza	<input type="checkbox"/>	15	
L'alunno/a è appartenente a nucleo familiare monoparentale (orfano/a o figlio/a di ragazza madre / ragazzo padre)	<input type="checkbox"/>	10	
Il/I genitore/i nel nucleo familiare è/sono lavoratore/i PADRE MADRE <input type="checkbox"/> full-time 5 punti ..... <input type="checkbox"/> full-time 5 punti (max 10 punti) <input type="checkbox"/> part-time 3 punti ..... <input type="checkbox"/> part-time 3 punti (max 6 punti) In caso di lista d'attesa verrà richiesta certificazione da parte del datore di lavoro	..... .....	____ ____	
L'alunno/a frequenterà le attività educative compresa mensa a scuola e attività del pomeriggio	<input type="checkbox"/>	4	
L'alunno/a frequenterà le attività educative senza mensa (il pranzo viene consumato a casa e rientra per le attività del pomeriggio)	<input type="checkbox"/>	4	
L'alunno/a frequenterà le attività educative con uscita dopo la consumazione del pasto a scuola	<input type="checkbox"/>	2	
Altri figli iscritti nell'Istituto Comprensivo di Robilante e che frequenteranno nell'a.s. 2024/2025	<input type="checkbox"/>	5	
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>			

1. A parità di punteggio precedenza per età anagrafica;
2. dopo un mese di assenza ingiustificata dell'alunno/a si perde il diritto alla frequenza;
3. l'alunno/a "anticipatorio/a" verrà accolto/a soltanto se avrà raggiunto il controllo sfinterico e se sarà autonomo nel momento del pasto.

- AUTORIZZA**                       **NON AUTORIZZA**  
il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle uscite, anche con mezzi di trasporto, che si effettueranno sul territorio comunale.
- AUTORIZZA**                       **NON AUTORIZZA**  
la scuola a fotografare e/o riprendere il/la proprio/a figlio/a durante le attività scolastiche compresa l'eventuale pubblicazione sul sito della scuola e/o su organi di stampa e TV.
- AUTORIZZA**                       **NON AUTORIZZA**  
i docenti a consegnare al rappresentante dei genitori, eletto nel Consiglio di Intersezione, un numero di cellulare e l'indirizzo mail, in modo da facilitare i contatti fra genitori e favorire la comunicazione tra loro.

*Il/I sottoscritto/i è/sono consapevole/i che tali scelte avranno effetto per l'intera durata del ciclo di studi, salvo revoca scritta da parte dei genitori/tutori interessati.*

**L'ALUNNO/A NECESSITA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO PER GRAVI PATOLOGIE CERTIFICATE:  SÌ  NO**

Nel caso di gravi patologie certificate i genitori o esercenti la responsabilità genitoriale devono attivare la procedura prevista dal DGR 50/2014 recandosi in Segreteria.

**ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE:  SÌ  NO**

.....  
(specificare e allegare il certificato medico)

Luogo e data, .....

Firma del padre/tutore ..... Firma della madre/tutrice .....

**ovvero**

il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile .....

## Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'Insegnamento della Religione Cattolica

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 per l'alunno/a:

\_\_\_\_\_

*Cognome e nome dell'alunno/a*

Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta di **non** avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

**La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero periodo di permanenza dell'alunno/a nella scuola dell'Infanzia, salvo richiesta di variazione da presentare contestualmente alla conferma di iscrizione per l'anno scolastico successivo.**

Il/la sottoscritto/i, presa visione dell'informativa pubblicata sul sito della scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27/04/2016, dichiara/no di essere consapevole/i 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 successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679].

Luogo e data, .....

Firma del padre/tutore ..... Firma della madre/tutrice .....

**ovvero**

il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile .....