

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE PRIMA DELLA SCUOLA PRIMARIA

Al Dirigente Scolastico della Direzione Didattica "F.ORESTANO" – Palermo

I sottoscritt _____ in qualità di padre madre tutore.
(cognome e nome)

e-mail padre _____ e-mail madre _____

cell. Padre _____ cell. Madre _____ ,

CHIEDE

l'iscrizione dell'alunno/a _____
(cognome e nome)

alla classe **PRIMA** di codesta scuola "F.SCO ORESTANO" per l'a.s. 2023-2024.

CHIEDE DI AVVALERSI

- dell'anticipo riferito solo a coloro che compiono il sesto anno di età tra il 1° gennaio e d il 30 aprile 2024..
- del Tempo scuola **27 ore settimanali** su **cinque giorni** (giorni dispari 8,00/13,00 – giorni pari 8,00 /14,00).

DICHIARA CHE

- l'alunno _____
(cognome e nome) (codice fiscale)

- è nat _ a _____ il _____

- è cittadino italiano altro
(indicare nazionalità) _____

- è alunno con disabilità SI NO

- è residente a _____ Via/piazza _____ n. _____

- ha frequentato la Scuola dell'Infanzia SI NO

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito :
o anti-poliomielitica
o anti-difterica
o anti-tetanica
o anti-epatite B
o anti-pertosse
o anti-Haemophilus Influenzae tipo b
o anti-morbillo; o anti-rosolia
o anti-parotite; o anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate;
- non presenta in atto patologie mediche che possano condizionare il normale svolgimento delle attività didattiche;
- è affetto da _____ (specificare il tipo di patologia);

- la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:

1. _____ 1 _____

2. _____

3. _____

4. _____
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

ha effettuato il **versamento dell'assicurazione di € 6,00** (che si allega in copia) COD IBAN : IT 95 X 01030
04604 000004137355 MONTE DEI PASCHI DI SIENA AGENZIA N 4 – VIA GALLETTI 41 – PALERMO;

l'alunno/a è assistito dal pediatra _____
(nome e cognome Pediatra)

DELEGA

le persone maggiorenni qui di seguito indicate a prelevare il/la propri_ figli_ , esonerando gli organi amministrativi e il personale dipendente da ogni responsabilità,

1. _____

2. _____

3. _____

Data

Firma

MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

Alunno _____ , 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.

Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Data

Firma di entrambi genitori / tutori

CONSENSO INFORMATO PER L'UTILIZZO DI IMMAGINI, VIDEO, AUDIO
(ai sensi dell'art. 7 del GDPR "Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati")

I sottoscritti Sig. _____ Sig.ra _____
in qualità di genitori/tutore legale/soggetto affidatario dell'alunna/o _____

DICHIARA / DICHIARANO

- di avere letto l'informativa in allegato alla circolare fornita dal Titolare del trattamento;
- che nulla osta al rilascio della seguente autorizzazione

AUTORIZZA / AUTORIZZANO

a titolo gratuito, l'utilizzo di fotografie, video ripresi durante le iniziative e gli eventi organizzati dalla scuola (attività, laboratori, performances) durante l'anno scolastico o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome e la voce dell'alunno/a, all'interno di attività educative e didattiche per scopi documentativi, formativi e informativi, da solo/a, con i compagni, con insegnanti e operatori scolastici, nonché la conservazione degli stessi negli archivi informatici dell'Istituto:

La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

In qualsiasi momento la presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail all'Istituto.

Firma del genitore
(o tutore legale)

Firma del genitore
(o tutore legale)

In caso di **firma di un solo genitore**, sottoscrivere anche la parte sottostante.

"Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la sua estesa firma in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Firma leggibile del PADRE/MADRE
