ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO
Via Serenza10/A – 22070 Capiago Intimiano CO
tel. 031461447 – CF 80013500139
coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.edu.it

A.S. 2024-2025

MODULO DI ISCRIZIONE PER A.S. 2024-2025

Scuola dell'Infanzia	Loris Malaguzzi - CAPIAGO	☐
	Libico Maraja - MONTORFANO	☐
	Don F. Confalonieri – SENNA COMASCO	☐
Scuola Primaria	G. Rodari - INTIMIANO	■
	G. Verdi - CAPIAGO	☐
	G. Paolo II - MONTORFANO	☐
	S. Pertini - SENNA COMASCO	☐
Scuola Secondaria 1° grado	A. Toscanini – CAPIAGO INTIMIANO	☐
	S. Pertini - SENNA COMASCO	☐

ALUNNO _____ CLASSE * _____ **M** ☐ **F** ☐

* specificare la classe per la quale si richiede l'iscrizione

Scuola di provenienza

- ☐ Infanzia
- ☐ Primaria
- ☐ Secondaria 1° grado

di _____

Al Dirigente Scolastico
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
via Serenza 10/A
22070 Capiago Intimiano

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA

Il sottoscritto _____ ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutore
(Cognome e nome)

dell'alunno _____
(Cognome e nome)

dichiara di essere a conoscenza del **Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto** e

C H I E D E

l'iscrizione della/lo stessa/o alla **SCUOLA PRIMARIA STATALE "G: RODARI" SEDE DI INTIMIANO** per l'anno scolastico **2024-2025.**

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

- l'alunna/o _____ C.F. _____
  (Cognome e nome) (Codice Fiscale) **da riportare obbligatoriamente**
- è nata/o a _____ il _____
- è cittadina/o ☐ Italiano ☐ altro (indicare quale) _____(*)
- è residente a _____ (prov. _____) Via/Piazza _____
- ☐ con entrambi i genitori ☐ con il padre ☐ con la madre
- telefono _____ e-mail _____ e-mail _____
- proviene dalla Scuola _____ ove ha frequentato per n. anni _____
- ha frequentato la Scuola dell'Infanzia ☐ si ☐ no
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ☐ si ☐ no

(*) in caso di cittadinanza straniera:

- data di arrivo in Italia_____ prima del compimento dei 6 anni ☐ si ☐ no
- lingua parlata_____
- comprende la lingua italiana ☐ si ☐ no

_____ lì _____

_____ _____
Firma di autocertificazione di entrambi i genitori

Il sottoscritto 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 giugno 2003, n. 196) e di aver ricevuto la relativa informativa.

Data _____ **Firma dei genitori:** _____

SCELTA DEL TEMPO SCUOLA E DEI SERVIZI

Alunno _____

SCUOLA PRIMARIA STATALE, sede di **INTIMIANO**

La/Il sottoscritta/o, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e ***fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste,*** chiede la frequenza dell'alunno/a alle attività/insegnamenti offerti dalla scuola, effettuando le seguenti scelte:

	Tempo scuola N. ore settimanali	**Organizzazione oraria**
❑	**28 ore - settimana corta** *escluso il tempo mensa*	Da lunedì a venerdì: 8.20 – 12.20 Lunedì – giovedì: 14.15 – 16.15

La/Il sottoscritta/o è consapevole dell'obbligo della frequenza delle suddette attività/insegnamenti, una volta esercitata la scelta.

Data: _____ FIRMA DEL PADRE: _____

FIRMA DELLA MADRE: _____

La/Il sottoscritta/o chiede che la/il propria/o figlia/o sia iscritta/o ai sotto elencati **servizi** che **l'Amministrazione Comunale (1)** organizza a pagamento, d'intesa con la scuola**:**

- ⇒ **servizio di accoglienza anticipata** ☐ **si** ☐ **no**
- ⇒ **servizio di trasporto con scuolabus comunale** ☐ **si** ☐ **no**
- ⇒ **servizio mensa nei giorni di rientro** ☐ **si** ☐ **no**
- ⇒ **servizio mensa nei giorni di non rientro (mensa straordinaria)** ☐ **si** ☐ **no**

FIRMA DEI GENITORI: _____ _____

(1) L'indicazione nel presente modulo non costituisce vincolo per l'Amministrazione Comunale. Pertanto l'iscrizione ai vari servizi dovrà essere confermata presso gli uffici comunali competenti quando verrà richiesto. L'erogazione del servizio sarà subordinata alle condizioni oggettive che si saranno verificate.

Eventuali segnalazioni dei genitori

- _____
- _____

ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO
Via Serenza, 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO
tel. 031461447 – CF 80013500139
coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.edu.it

A.S. 2024/2025

SCUOLA PRIMARIA "G. RODARI" - INTIMIANO

FOGLIO NOTIZIE

ALUNNO			
Cognome e nome	Classe	Indirizzo	N° telefono

GENITORI			
PADRE:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	**POSTA ELETTRONICA**
	nato a il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione
MADRE:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	**POSTA ELETTRONICA**
	nato a il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione

RECAPITO TELEFONICO DI PARENTI O PERSONE DI FIDUCIA AI QUALI RIVOLGERSI IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A RINTRACCIARE I GENITORI			
Cognome e nome	Tipo di rapporto	N° telefonico fisso	N°cellulare

FRATELLI / SORELLE CHE FREQUENTANO PRESSO QUESTO ISTITUTO COMPRENSIVO:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Classe	Plesso