



Istituto S. Francesco di Sales

**SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA PARITARIA – NIDO “PICCOLE ORME”**

Via Portuense 520 – 00149 ROMA Tel. 06 65745346 – fax 06 6534626

e-mail: DIREZIONE: istsfran.sales@gmail.com - SEGRETERIA: segreteriasales@gmail.com SITO: www.scuolasfsales.it

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madre/tutore/tutrice

**CHIEDE**

per l'alunn\_ \_\_\_\_\_

l'iscrizione  alla Scuola PRIMARIA classe.....  alla Scuola dell'INFANZIA sez.....  
 alla SEZIONE CUCCIOLI  al NIDO “Piccole orme”

per l'anno scolastico.....

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'alunno/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

è nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. ) il \_\_\_\_\_

è residente a \_\_\_\_\_ (Prov. )

in Via/Piazza/Largo/Viale/Vicolo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_ altri \_\_\_\_\_

e-mail padre \_\_\_\_\_ e-mail madre \_\_\_\_\_

proviene dalla Scuola \_\_\_\_\_

che la propria famiglia è composta da (tutti i componenti):

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
cognome e nome	luogo e data di nascita	parentela	codice fiscale

occupazione padre \_\_\_\_\_ occupazione madre \_\_\_\_\_

È sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI NO

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione (Reg. Eur. 25/05/2018) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda

*\*Si allegano alla presente: certificato di nascita e vaccinazioni (nascita: originale in carta semplice, vaccinazioni fotoc.)*

**TUTELA DELLA PRIVACY**

Il/la sottoscritto/a 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 (Reg. Eur. 25/05/2018)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_