

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI DI POST SCUOLA PRIMARIA  
ANNO SCOLASTICO 2021/2022**

Al Dirigente scolastico dell'ISTITUTO GERONAZZO-DALLALONGA

\_\_I\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ in qualità di  
(cognome e nome)

genitore/esercente la responsabilità genitoriale       tutore       affidatario

\_\_I\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ in qualità di  
(cognome e nome)

genitore/esercente la responsabilità genitoriale       tutore       affidatario

**CHIEDONO**

l'iscrizione del\_\_ bambin\_ \_\_\_\_\_ all'Istituto Geronazzo-DallaLonga  
accogliendone l'impostazione ed il regolamento in ogni sua parte.

**CHIEDONO di avvalersi,**

dei seguenti servizi:

**1. STUDIO ASSISTITO** servizio mensa + studio assistito con copertura del tempo fino alle ore 16.00  
(barrare con una X il servizio scelto)

Formula completa 4 giorni  
Lunedì – Martedì – Giovedì - Venerdì

Formula ridotta 2 giorni  
Indicare i pomeriggi scelti

**2. MENSA SCOLASTICA** Servizio mensa con copertura del tempo fino alle ore 13.30  
(barrare con una X il servizio scelto)

1 giorno     2 giorni     3 giorni     4 giorni     5 giorni

Indicare il/i giorno/i scelto/i

---

**In aggiunta ai servizi di base**

(barrare con una X il servizio scelto)

**Servizio di trasporto per rientro a casa** – Indicare fermata

---

4 giorno     2 giorni

**Prolungamento del tempo**

Fino alle ore 17.00     Fino alle ore 18.00

**Corso di inglese con insegnante madrelingua**

- CLASSE1<sup>^</sup> - VENERDI' DALLE ORE 13.30 ALLE ORE 15.00 – DA OTTOBRE A MAGGIO  
 CLASSI 2<sup>^</sup> E 3<sup>^</sup> - LUNEDI' DALLE ORE 13.30 ALLE ORE 15.00 – DA OTTOBRE A MAGGIO  
 CLASSI 4<sup>^</sup> E 5<sup>^</sup> - GIOVEDI' DALLE ORE 13.30 ALLE ORE 15.00 – DA OTTOBRE A MAGGIO

**DICHIARANO**

**1. DATI RELATIVI AL/LA BAMBINO/A**

Cognome e nome del bambino/a \_\_\_\_\_

sexo  Maschile  Femminile    Codice fiscale \_\_\_\_\_

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

Residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

è cittadino/a     italiano/a     altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

Domicilio (non completare se coincidente con la residenza)

Domiciliato/a in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

## 2. DATI RELATIVI ALLA MADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
è cittadina:  italiana  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_  
Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Titolo di Studio \_\_\_\_\_  
Orario di lavoro \_\_\_\_\_

## 3. DATI RELATIVI AL PADRE

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
è cittadino:  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_  
Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Titolo di Studio \_\_\_\_\_  
Orario di lavoro \_\_\_\_\_

## 4. NUCLEO FAMILIARE

Parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Città di nascita	Codice fiscale

## 5. INFORMAZIONI SANITARIE E ALIMENTARI

\* Istituto GERONAZZO-DALLALONGA \* Centro DON TURRA \* Azienda agr. PRÀ LONGHI \* Struttura CASA DALLA LONGA \*

Dati del pediatra - Cognome e nome \_\_\_\_\_

Studio in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. studio \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari

Alimento	Note

Altre patologie da segnalare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la bambino/a è in situazione di handicap/certificazione disabilità

SI

NO

E' in corso di certificazione disabilità

SI

NO

**Firma di autocertificazione\*** (ai sensi della Legge127 del 1997 e del d.P.R. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_