

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI DI POST SCUOLA PRIMARIA  
ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

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:

**STUDIO ASSISTITO (barrare con una X il servizio scelto)**

- Formula completa: servizio mensa + studio assistito  
 Servizio di trasporto per rientro a casa – Indicare fermata \_\_\_\_\_
- Formula ridotta: servizio mensa + due pomeriggi  
 Indicare i pomeriggi scelti \_\_\_\_\_  
 Servizio di trasporto per rientro a casa – Indicare fermata \_\_\_\_\_

**MENSA SCOLASTICA (barrare con una X il servizio scelto)**

Servizio mensa con copertura del tempo fino alle ore 13.30

- 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)**

Prolungamento del tempo     Fino alle ore 17.00     Fino alle ore 18.00

Corso di inglese con insegnante madrelingua

## 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 \_\_\_\_\_

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

#### 4. NUCLEO FAMILIARE

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

#### 5. INFORMAZIONI SANITARIE E ALIMENTARI

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 \_\_\_\_\_