

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI DI POST SCUOLA PRIMARIA
ANNO SCOLASTICO 2022/2023**

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

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 _____

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

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

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 Legge 127 del 1997 e del d.P.R. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

Madre _____ Padre _____