

**DOMANDA di ISCRIZIONE alla **SCUOLA dell'INFANZIA****  
Al Coordinatore delle Attività Educative Didattiche dell' ISTITUTO PARITARIO  
**COMPENSIVO "SANTA LUCIA FILIPPINI"**  
**SCUOLA DELL' INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I GRADO**  
Comuni di: Montefiascone – Capodimonte – Ischia di Castro  
Sede: Via Ruben Rubbi, 19-01027 Montefiascone VT Tel. e Fax 0761/826241  
**C. MECCANOGRAFICO: VT1A007007**  
[www.sanatlucciafilippini-montefiascone.it](http://www.sanatlucciafilippini-montefiascone.it) e-mail: [scuola.sl.filippini@virgilio.it](mailto:scuola.sl.filippini@virgilio.it) pec: [ipc.santaluciafilippini@pec.it](mailto:ipc.santaluciafilippini@pec.it)

  I   **sottoscritt** \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

l'iscrizione di \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2020/2021  
alla Scuola **dell'Infanzia di ISCHIA di CASTRO.**

**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:**

  I   **bambin** \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ (codice fiscale)

è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è cittadin\_  italian\_  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

è residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

La propria famiglia convivente è composta da (escludere l'alunno/a iscritto/a):

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- (cognome e nome) (luogo e data di nascita) (grado di parentela)

E' stat\_ sottopost\_ alle vaccinazioni obbligatorie  sì  no

Si allega alla presente:

**CERTIFICATO DI VACCINAZIONE rilasciata dalla ASL COMPETENTE**

Allegato 1

**CHIEDE di AVVALERSI**

sulla base dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili,

- dell'orario ordinario** delle attività educative **per 40 ore settimanali:** ore 08.00 / 15.00 dal lunedì al venerdì

**oppure**

