



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO**

Via Serenza 10/A – 22070 Capiago Intimiano CO

tel. 031461447 – CF 80013500139

[coic811002@istruzione.it](mailto:coic811002@istruzione.it)

[coic811002@pec.istruzione.it](mailto:coic811002@pec.istruzione.it)

[www.icsci.edu.it](http://www.icsci.edu.it)



Istituto comprensivo di Capiago Intimiano

**A.S.  
2024-2025**

**MODULO DI ISCRIZIONE PER A.S. 2024-2025**

Scuola dell'Infanzia

Loris Malaguzzi - CAPIAGO

Libico Maraja - MONTORFANO

Don F. Confalonieri – SENNA COMASCO

Scuola Primaria

G. Rodari - INTIMIANO

G. Verdi - CAPIAGO

G. Paolo II - MONTORFANO

S. Pertini - SENNA COMASCO

Scuola Secondaria 1° grado

A. Toscanini – CAPIAGO INTIMIANO

S. Pertini - SENNA COMASCO

ALUNNO

CLASSE \*

M  F

\* specificare la classe per la quale si richiede l'iscrizione

Scuola di provenienza

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria 1° grado

di \_\_\_\_\_

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  Padre  Madre  Tutore  
(Cognome e nome)  
dell'alunno \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)  
dichiara di essere a conoscenza del **Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto e**

### CHIEDE

l'iscrizione della/lo stessa/o alla **SCUOLA PRIMARIA STATALE "G: VERDI" SEDE DI CAPIAGO** per l'anno scolastico **2024-2025**.

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'alunna/o \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome) (Codice Fiscale) **da riportare obbligatoriamente**
- è nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- è cittadina/o  Italiano  altro (indicare quale) \_\_\_\_\_ (\*)
- è residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_
- con entrambi i genitori  con il padre  con la madre
- telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- proviene dalla Scuola \_\_\_\_\_ ove ha frequentato per n. anni \_\_\_\_\_
- ha frequentato la Scuola dell'Infanzia  si  no
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  si  no

(\*) in caso di cittadinanza straniera:

- data di arrivo in Italia \_\_\_\_\_ prima del compimento dei 6 anni  si  no
- lingua parlata \_\_\_\_\_
- comprende la lingua italiana  si  no

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma di autocertificazione di entrambi i genitori**

Il sottoscritto 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 (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) e di aver ricevuto la relativa informativa.

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori:** \_\_\_\_\_

# SCELTA DEL TEMPO SCUOLA E DEI SERVIZI

Alunno \_\_\_\_\_

SCUOLA PRIMARIA STATALE, sede di CAPIAGO

La/Il sottoscritto/a, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e *fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste*, chiede la frequenza dell'alunno/a alle attività/insegnamenti offerti dalla scuola, effettuando le seguenti scelte:

Barrare con una croce la scelta di proprio interesse sul simbolo

	<b>Tempo scuola</b> N. ore settimanali	<b>Organizzazione oraria</b>
<input type="checkbox"/>	<b>40 ore: Tempo pieno*</b> <i>30 ore di lezione a cui si aggiunge il tempo mensa obbligatorio</i>	Da lunedì a venerdì: 8.30 –16.30

La/Il sottoscritto/a è consapevole dell'obbligo della frequenza delle suddette attività/insegnamenti, una volta esercitata la scelta.

Data: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE: \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE: \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritto/a chiede che la/il propria/o figlia/o sia iscritta/o ai sotto elencati **servizi** che l'**Amministrazione Comunale (1)** organizza a pagamento d'intesa con la scuola:

- ⇒ **servizio di accoglienza anticipata**  **si**  **no**
- ⇒ **servizio di trasporto con scuolabus comunale**  **si**  **no**
- ⇒ **servizio mensa**  **si**  **no**

FIRMA DEI GENITORI: \_\_\_\_\_

(1) L'indicazione nel presente modulo non costituisce vincolo per l'Amministrazione Comunale. Pertanto l'iscrizione ai vari servizi dovrà essere confermata presso gli uffici comunali competenti quando verrà richiesto. L'erogazione del servizio sarà subordinata alle condizioni oggettive che si saranno verificate.

Eventuali segnalazioni dei genitori

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO**

Via Serenza, 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO

tel. 031461447 – CF 80013500139

[coic811002@istruzione.it](mailto:coic811002@istruzione.it) [coic811002@pec.istruzione.it](mailto:coic811002@pec.istruzione.it) [www.icsci.edu.it](http://www.icsci.edu.it)

**i.C.S.C.i.**  
Istituto comprensivo di Capiago Intimiano

A.S.  
2024/2025

**SCUOLA PRIMARIA “G. VERDI” - CAPIAGO**

## FOGLIO NOTIZIE

ALUNNO			
Cognome e nome	Classe	Indirizzo	N° telefono

GENITORI			
<b>PADRE:</b>			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	POSTA ELETTRONICA
	nato a		
	il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione
<b>MADRE:</b>			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	POSTA ELETTRONICA
	nato a		
	il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione

RECAPITO TELEFONICO DI PARENTI O PERSONE DI FIDUCIA AI QUALI RIVOLGERSI IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A RINTRACCIARE I GENITORI			
Cognome e nome	Tipo di rapporto	N° telefonico fisso	N°cellulare

FRATELLI / SORELLE CHE FREQUENTANO PRESSO QUESTO ISTITUTO COMPRENSIVO:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Classe	Plesso