
	<p align="center">ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO Via Serenza 10/A – 22070 Capiago Intimiano CO tel. 031461447 – CF 80013500139 coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.edu.it</p>	
<p align="center">A.S. 2024/2025</p>	<p align="center">MODULO DI ISCRIZIONE PER A.S. 2024/2025</p>	

<p align="center">Scuola dell'Infanzia</p>	<p align="center">Loris Malaguzzi - CAPIAGO</p>	<input type="checkbox"/>
	<p align="center">Libico Maraja - MONTORFANO</p>	<input type="checkbox"/>
	<p align="center">Don F. Confalonieri – SENNA COMASCO</p>	<input type="checkbox"/>

<p align="center">Scuola Primaria</p>	<p align="center">G. Rodari - INTIMIANO</p>	<input type="checkbox"/>
	<p align="center">G. Verdi - CAPIAGO</p>	<input type="checkbox"/>
	<p align="center">G. Paolo II - MONTORFANO</p>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<p align="center">S. Pertini - SENNA COMASCO</p>	<input type="checkbox"/>

<p align="center">Scuola Secondaria 1° grado</p>	<p align="center">A. Toscanini - CAPIAGO INTIMIANO</p>	<input type="checkbox"/>
	<p align="center">S. Pertini - SENNA COMASCO</p>	<input type="checkbox"/>

<p align="center">ALUNNO</p> <p>_____</p>	<p align="center">CLASSE *</p> <p>_____</p>	<p align="center">M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>
<p>* specificare la classe per la quale si richiede l'iscrizione</p>		

<p align="center">Scuola di provenienza</p>	<p><input type="checkbox"/> Infanzia</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria</p> <p><input type="checkbox"/> Secondaria 1° grado</p>	<p align="center">di _____</p>
---	---	--------------------------------

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 "GIOVANNI PAOLO II" SEDE DI MONTORFANO** 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 MONTORFANO

La/Il sottoscritto/a, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e <i>fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste</i> , chiede la frequenza dell'alunno/a alle attività/insegnamenti offerti dalla scuola, effettuando le seguenti scelte:		
	Tempo scuola N. ore settimanali	Organizzazione oraria
<input type="checkbox"/>	40 ore: Tempo pieno* <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	<input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no
⇒ servizio di trasporto con scuolabus comunale (solo per i residenti)	<input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no
⇒ servizio mensa	<input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> 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 coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.edu.it**i.C.S.C.i.**
Istituto comprensivo di Capiago IntimianoA.S.
2024/2025**SCUOLA PRIMARIA “GIOVANNI PAOLO II” - MONTORFANO****FOGLIO NOTIZIE**

ALUNNO			
Cognome e nome	Classe	Indirizzo	N° telefono

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