

Istituto Comprensivo Mater Carmeli

Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di I grado
Via Antonio Bennicelli, 69/ 71 - 00151 Roma
Tel. 065370456 – fax 0653277000 –
email: amministrazione@matercarmeli.it - www.matercarmeli.it

PRIMAVERA **INFANZIA** **PRIMARIA** **SECONDARIA DI I GRADO**

classe _____ sez. _____

anno scolastico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE – ISTITUTO COMPrensIVO MATER CARMELI

Io sottoscritta/o _____
(cognome e nome)

in qualità di madre padre tutore

CHIEDO

l'iscrizione di mia/o figlia/o _____

CODICE FISCALE _____

Nata/o il _____ a _____ Provincia _____ ,

cittadina/o italiana/o altro

residente a _____ via/piazza /n° civico _____

Recapito telefonico casa _____

***Altri numeri di telefono** in caso di comunicazioni urgenti

1) Primo numero da contattare _____

2) Secondo o più numeri da contattare _____

3) e-mail _____

*** Scuola di provenienza** _____

*** Fratelli frequentanti questa scuola alla data della presente domanda:**

_____ classe _____

_____ classe _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Se proveniente da altra scuola

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificato di nascita | <input type="checkbox"/> Nulla osta |
| <input type="checkbox"/> Certificato di residenza | <input type="checkbox"/> Scheda di valutazione(se proveniente da altra scuola) |
| <input type="checkbox"/> Vaccinazioni o libretto | <input type="checkbox"/> Foglio notizie alunna/o |

DATI GENITORI

Cognome e nome	Cognome e nome
Luogo e data di nascita	Luogo e data di nascita
Residenza/domicilio	Residenza/domicilio
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Professione	Professione

NOTIZIE AGGIUNTIVE

1) **INFORMAZIONI SANITARIE** (notizie sull'alunna/o: allergie, intolleranze alimentari, episodi particolari... tutto ciò che la famiglia ritiene opportuno portare a conoscenza della scuola) **ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO**

N.B. Per la somministrazione di farmaci richiedere il foglio dedicato

2) **AUTORIZZAZIONE AL RITIRO DELL'ALUNNA/O OLTRE IL GENITORE**

Specificare i nominativi delle persone autorizzate al ritiro dell'alunna/o oltre il genitore (**allegare delega e fotocopia del documento della persona delegata**)

N.B. Ad ogni eventuale cambio di nominativo è necessaria una comunicazione scritta.

3) **RICHIESTA EVENTUALE SOSTEGNO richiedere foglio dedicato**

N.B. per attivare il sostegno è necessario produrre la documentazione necessaria.

Ho preso visione sul sito dell'Istituto dei seguenti documenti:

- PIANO dell'OFFERTA FORMATIVA (comprensivo di regolamento interno)
- CURRICULO D'ISTITUTO
- PATTO DI CORRESPONSABILITA' EDUCATIVA
- INFORMATIVA PRIVACY

Il genitore/tutore si impegna con la presente a versare nei tempi stabiliti le quote fissate per la frequenza dell'alunna/o.

In nessun caso viene rimborsata la quota versata.

Roma,

Firma

IN RELAZIONE A QUANTO DA ME LETTO NELL'INFORMATIVA E DA QUANTO PREVISTO DAL CODICE DELLA PRIVACY E DAL GDPR:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI DELLA/DEL MINORE SOTTOPOSTA/O A MIA TUTELA PER LA PUBBLICAZIONE DELL'ALBO SCOLASTICO.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI DELLA/DEL MINORE SOTTOPOSTA/O A MIA TUTELA PER ATTIVITÀ DIDATTICHE.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

A COMUNICARE I DATI PERSONALI DELL'ALUNNA/O AD ALTRI ENTI PER AGEVOLARE L'ORIENTAMENTO, LA FORMAZIONE E L'INSERIMENTO PROFESSIONALE.

PRESA VISIONE DI QUANTO ESPRESSO NEL PUNTO 8 DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (**UTILIZZO STRUMENTI DI COMUNICAZIONE MINORE DI ANNI 16**) DICHIARO CHE LA/IL MINORE SOTTOPOSTA/O A MIA TUTELA È STATA/O DA ME

AUTORIZZATA/O NON AUTORIZZATA/O

ALL'UTILIZZO DELLO SMARTPHONE (**solo dopo i 13 anni d'età**).

Roma,

IL TUTORE GENITORIALE