

Ai fini della compilazione degli elenchi degli elettori degli Organi Collegiali, dichiara che la propria **famiglia convivente** è così composta:

PADRE	
cognome	nome.....
data di nascita.....	luogo di nascita.....
codice fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□	cellulare.....
sede lavoro.....	telefono lavoro.....
MADRE	
cognome	nome.....
data di nascita.....	luogo di nascita.....
codice fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□	cellulare.....
sede lavoro.....	telefono lavoro.....
FRATELLI/SORELLE	
cognome.....	nome.....
data di nascita.....	luogo di nascita.....
scuola frequentata.....	
cognome.....	nome.....
data di nascita.....	luogo di nascita.....
scuola frequentata.....	
cognome.....	nome.....
data di nascita.....	luogo di nascita.....
scuola frequentata.....	
cognome.....	nome.....
data di nascita.....	luogo di nascita.....
scuola frequentata.....	

ALTRI RECAPITI PER COMUNICAZIONI IN CASO DI NECESSITA'	
cognome.....	nome.....
indirizzo.....	tel.....
eventuale relazione di parentela con il/la bambino/a.....	
cognome.....	nome.....
indirizzo.....	tel.....
eventuale relazione di parentela con il/la bambino/a.....	
cognome.....	nome.....
indirizzo.....	tel.....
eventuale relazione di parentela con il/la bambino/a.....	

INSEGNAMENTO RELIGIONE CATTOLICA (la scelta effettuata ha valore per la durata della scolarizzazione)	
Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica	<input type="checkbox"/>
Scelta di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica	<input type="checkbox"/>

NOTA DEL GENITORE (spazio per eventuali preferenze)

.....

.....

DATI FACOLTATIVI UTILI ALL'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

(ATTENZIONE: la mancata compilazione di questa parte comporta la non attribuzione dei punteggi eventualmente spettanti)

SITUAZIONE DI DIFFICOLTA' - PRIORITA' ASSOLUTA	A
Il/la bambino/a per la/il quale si chiede l'iscrizione è in situazione di disabilità si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti
<i>se si:</i> allegare alla domanda di iscrizione in busta chiusa certificati medici	100

PRIORITA'	B
Frequenza ultimo anno Scuola Infanzia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti
Trasferimento da altra scuola statale (documentato da dichiarazione di frequenza rilasciato dalla scuola) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	50
Frequenza penultimo anno Scuola Infanzia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 10

PROBLEMI SOCIALI	C
Il Servizio Sociale richiede l'inserimento prioritario del/la bambino/a nella scuola si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti
<i>se si:</i> nominativo dell'Assistente Sociale servizio in cui opera indirizzo telefono	30

MANCANZA DI UN GENITORE	D
Il/la bambino/a convive con un solo genitore si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 9

FRATELLI / SORELLE	E
Il/la bambino/a ha fratelli/ sorelle di età inferiore ai 18 anni si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 1
<i>se si:</i> indicare il numero	per figlio

SITUAZIONE LAVORATIVA GENITORI / TUTORI	F
Padre lavoratore <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/>	punti 4 lavoratore
Madre lavoratrice <input type="checkbox"/> disoccupata <input type="checkbox"/>	punti 3 disoccupato

INFORMAZIONI	G
Frequenza fratelli/sorelle stessa scuola si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 5
Permanenza lista attesa anno precedente stessa scuola si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 0,5
Scelta orario completo si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 1
Residenza Circostrizione 4 si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 1

FRATELLI / SORELLE	H
Provenienza dall'Asilo Nido " La Marmotta" (solo per iscrizioni Scuola Infanzia "Marco Polo") si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	punti 1

RICHIESTE SPECIALI		I
Necessita la somministrazione di farmaci salva-vita in orario scolastico <i>se sì:</i> dovrà essere attivato specifico protocollo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Presenta allergie / intolleranze alimentari	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

VACCINAZIONI		L
Il/la bambino/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie? Essere in regola con il programma vaccinale <u>è requisito necessario</u> per l'accesso alla Scuola dell'Infanzia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL/LA DICHIARANTE
(D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 – Codice Privacy)

Il Dirigente scolastico, Dott.ssa Anna Ruggiero, in qualità di Titolare della banca dati, ai sensi di quanto previsto dall'artt. 7 e 13 del D.lgs 196/03 desidera preventivamente informarLa che:

- a) I dati personali acquisiti con le dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda di iscrizione saranno utilizzati per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.
- b) I dati raccolti saranno utilizzati anche con strumenti informatici, avvalendosi di soggetti appositamente incaricati.
- c) I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, ma il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Il dichiarante può rivolgersi in qualunque momento presso l'ufficio di segreteria per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare ed opporsi al loro trattamento se trattati in violazione della legge.

Tutto ciò premesso il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati sensibili per i fini e gli scopi istituzionali dei servizi scolastici.

Data _____

Firma _____

N.B.

Documenti da allegare all'atto dell'accettazione del posto nella scuola dell'infanzia:

Copia documento di identità di chi compila la domanda

Copia codice fiscale genitore/i

Copia codice fiscale alunno

Copia del certificato di vaccinazione aggiornato