



**ISTITUTO COMPRENSIVO "D. COSOLA"**  
 Via Marconi, 2 -- 10034 CHIVASSO (TO) – Tel. 011/910.12.10- Fax  
 011/9112309  
 Email: [TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT](mailto:TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT) -  
 pec: [TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
 C.F. 91030410012 Site web: [www.comprendivocosola.gov.it](http://www.comprendivocosola.gov.it)



**DOMANDA DI RICONFERMA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA  
 PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

**AL DIRIGENTE  
 SCOLASTICO DELL'ISTITUTO  
 COMPRENSIVO "D. COSOLA"  
 CHIVASSO -(TO)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
 (riferito al genitore)  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 tel: 011/ \_\_\_\_\_ cell. madre \_\_\_\_\_ cell. padre \_\_\_\_\_  
 genitore del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
 (nome e cognome alunno)

divorziato/separato sì  no  affidato congiunto sì  no

Se l'affido non è congiunto bisogna perfezionare la domanda di conferma iscrizione presso la segreteria della scuola entro l'avvio del nuovo anno scolastico.

In qualità di  padre  madre  affidatario/a  tutore

**CHIEDE**

**La riconferma** dell'iscrizione del/la figlio/a alla scuola dell'infanzia:

plesso .....

insegnanti ..... Sez.....

chiede di avvalersi di :

**orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali**

con servizio di refezione erogato dal Comune a pagamento

**oppure**

**orario ridotto delle attività educative per 25 ore settimanali**

con svolgimento nella fascia del mattino (con un solo docente; con possibilità di sezione eterogenea). Tale sezione si istituirà solo se si raggiunge il numero degli iscritti.

**N.B. Non è previsto nel corso dell'anno scolastico apportare variazioni all'orario richiesto.**

Il/la bambino/a .....

- è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie  sì  no

- è bambino/a con disabilità  sì  no

In caso di alunno/a con disabilità occorre consegnare copia della certificazione.

**Firma di autocertificazione**

Padre.....

Madre.....

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola



**ISTITUTO COMPRENSIVO "D. COSOLA"**

Via Marconi, 2 - - 10034 CHIVASSO (TO) – Tel. 011/910.12.10- Fax

011/9112309

Email: [TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT](mailto:TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT) -

pec: [TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT)

C.F. 91030410012 Site web: [www.comprensivocosola.gov.it](http://www.comprensivocosola.gov.it)



**Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

**Padre**.....

**Madre**.....

**N.B.** Il sottoscritto, presa visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

**Prelievo alunni al termine delle lezioni**

**Trasporto**

1) Uso del servizio trasporto erogato dal Comune usufruibile da..... e/o frazione..... inoltrare il nominativo dell’adulto delegato (accompagnatore del bus scuola) al prelievo dell’alunno entro il primo giorno del servizio.

**SI**

**NO**

2) Uso del trasporto privato in caso affermativo inoltrare il nominativo dell’adulto delegato (accompagnatore del bus privato) al prelievo dell’alunno entro il primo giorno del servizio.

**SI**

**NO**



**ISTITUTO COMPRENSIVO "D. COSOLA"**  
 Via Marconi, 2 -- 10034 CHIVASSO (TO) – Tel. 011/910.12.10- Fax  
 011/9112309  
 Email: [TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT](mailto:TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT) -  
 pec: [TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
 C.F. 91030410012 Site web: [www.comprendivocosola.gov.it](http://www.comprendivocosola.gov.it)



3) Adulti autorizzati a prendere in consegna il/labambino/a

COGNOME E NOME	N.° CARTA DI IDENTITA	GRADO DI PARENTELA	NUMERO DI TELEFONO

(Scrivere in stampatello)

Compilazione **modulo 2** per le intolleranze e/o allergie alimentari

**OGGETTO : LIBERATORIA**

Io sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....

Iscritto alla classe/sezione ..... dell' I.C. COSOLA

**AUTORIZZO**

**Il personale della Scuola ad effettuare fotografie e riprese video per le attività didattiche in cui compaia mio/a figlio/a, acconsento, quindi che le immagini vengano utilizzate per la documentazione delle esperienze per fini didattici; e che altri genitori effettuino foto di gruppo e riprese delle manifestazioni.**  
La liberatoria è valida per tutti gli anni di permanenza dell'alunno nell' I. C. COSOLA

Chivasso,.....

**IN FEDE**

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

**OGGETTO :AUTORIZZAZIONE**

Io sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....

Iscritto alla classe/sezione ..... dell' I.C. COSOLA

**AUTORIZZO**

**Mio/a figlio/a a partecipare alle Visite Guidate Programmate nel POF.**  
 Chivasso,.....

**IN FEDE**

Padre.....

Madre.....

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Patto di corresponsabilità (presente sul sito della scuola) e di sottoscriverlo.**

Chivasso, lì \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori o  
di chi esercita la patria potestà**  
Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO "D. COSOLA"</b>  Via Marconi, 2 - - 10034 CHIVASSO (TO) – Tel. 011/910.12.10- Fax  011/9112309  Email: <a href="mailto:TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT">TOIC8BK008@ISTRUZIONE.IT</a> -  pec: <a href="mailto:TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT">TOIC8BK008@PEC.ISTRUZIONE.IT</a>  C.F. 91030410012 Site web: <a href="http://www.comprensivocosola.gov.it">www.comprensivocosola.gov.it</a></p>	
---	---	---

**AUTOCERTIFICAZIONE (se non già consegnata)**

(Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

ASL di appartenenza.....

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

**DICHIARA**

di non aver ricevuto convocazione dalla ASL come previsto dalla disposizione regionale  
n.15657/A14000 del 18.07.2017 ,

e che il proprio figlio/a.....

è in regola con il programma vaccinale vigente.

Luogo e data.....

In fede

.....

(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)