

**Domanda di iscrizione al primo anno  
della scuola  
Primaria**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO FIGLIO/A ALLA CLASSE PRIMA DEL PLESSO DI SCUOLA PRIMARIA  
"DON MILANI" PER L'A.S. 2025/2026**

**Tempi Scuola per la Scuola Primaria "Don Milani" - cod: LEEE89401B**

**24 ORE SETTIMANALI**

( Solo se il numero delle iscrizioni permette la formazione della classe )

*Tempo scuola non attivato nell'anno scolastico 2024/25*

**27 ORE SETTIMANALI**

**L'ORARIO E' ARTICOLATO IN 5 GIORNI SU 6, DA LUNEDI' A GIOVEDI' ORE 8.05 / 13.35 - IL VENERDI' ORE 8.05 / 13.05 - SABATO CHIUSURA SCUOLA**

**FINO A 30 ORE SETTIMANALI**

( Preferenza subordinata alla disponibilità di organico e alla presenza di servizi e strutture )

*Tempo scuola non attivato nell'anno scolastico 2024/25*

**TEMPO PIENO PER 40 ORE**

( Preferenza subordinata alla disponibilità di organico e alla presenza di servizi di mensa e strutture adeguate all'attività pomeridiana e alla maggioranza delle preferenze espresse ai genitori )

**Al momento dell'iscrizione è possibile scegliere il modulo tempo pieno (40 ore) con l'indicazione del plesso.  
L'attivazione della classe a tempo pieno è subordinata alla presenza di servizi di competenza dell'Ente Locale.**

**DATI DELL'ALUNNO**

Cognome \*

Nome \*

Data nascita \*  Cittadinanza \*  Provincia \*

Comune di nascita

Sesso \*  Codice fiscale \*

Residenza \*

(solo se diversa dalla residenza del Genitore) indirizzo     
comune c.a.p. prov

Domicilio

indirizzo     
comune c.a.p. prov

Scuola di provenienza

Richiesta di ammissione alla frequenza anticipata  SI  NO

Riferita solo a coloro che compiono il sesto anno di età nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 30 aprile

**Scuola Primaria "Don Milani"**

## DATI DEL/DELLA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \*

Nome \*

Data nascita \*  Cittadinanza \*  Provincia \*

**Comune di nascita**

Sesso \*  Codice fiscale \*

Documento \* : Tipo  Numero

**In qualita' di \*** Genitore  Affidatario  Tutore

**Residenza \***

Indirizzo

comune c.a.p. prov

### Domicilio

(solo se diverso dalla

Residenza)

Indirizzo

comune c.a.p. prov

### Contatti

Indirizzo e-mail principale secondo indirizzo e-mail

recapito telefonico (rete fissa/cellulare) Altro recapito telefonico

## Dati dell'altro Genitore

Cognome

Nome

Data nascita  Cittadinanza  Provincia

**Comune di nascita**

Sesso  Codice fiscale

**Residenza**

Indirizzo

comune c.a.p. prov

### Contatti

Indirizzo e-mail principale recapito telefonico (rete fissa/cellulare) Altro recapito telefonico

**Scelta dell'insegnamento della religione cattolica**

Insegnamento della religione cattolica

Lo studente intende avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica \*

SI

NO

Il sottoscritto, in qualità di Genitore, o chi esercita la responsabilità genitoriale, dichiara avere effettuato la scelta 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.

**Informazioni sulla Famiglia**

La Propria Famiglia Convivente e' Composta, oltre allo Studente, da : \*

Cognome	Nome	Data Nascita	Grado Parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Alunno con disabilita' \*

SI NO

Alunno con DSA \*

SI NO

Alunno/a con disabilità, non autonomo che necessita di assistenza di base (AEC) \*

SI NO

Ai sensi della legge 104/1992 e della legge 170/2010, in caso di alunno con disabilita' o disturbi specifici di apprendimento (DSA), la domanda andra' perfezionata presso la segreteria scolastica/CFP consegnando copia della certificazione in caso di disabilita' o della diagnosi in caso di DSA entro 10 giorni dalla chiusura delle iscrizioni.

Alunno/a orfano di entrambi i genitori o in affido ai servizi sociali

SI

NO

Alunno/a con situazione familiare, sociale e/o economica particolarmente gravosa documentata e comprovata dal Servizio Sociale o dalla competente Struttura sociosanitaria della ASL territoriale

SI

NO

Alunno/a proveniente da famiglia con un solo genitore

SI

NO

Altri fratelli/sorelle frequentanti lo stesso istituto e classe frequentata

**Contributi**

Descrizione	Tipo	Importo totale
Assicurazione Infortuni, RCT	servizio	5,50
Contributo volontario	contributo	6,50

L'importo dei contributi è soggetto a modifiche in base alle delibere del Consiglio di Istituto

**AUTORIZZAZIONE AD ASSOCIARE IL RAPPRESENTANTE DI CLASSE O COORDINATORE DI CLASSE PER PAGOPA PER PAGAMENTI AVVISI TELEMATICI CON PAGOPA**

Autorizzazione ad associare il Rappresentante di classe o Coordinatore di classe per PagoPA

Indicare AUTORIZZO / NON AUTORIZZO il Rappresentante di classe o Coordinatore di classe, qualora ne faccia richiesta alla Segreteria, alla visualizzazione e al pagamento degli avvisi telematici intestati all'alunno/a.

**Genitori SEPARATI / DIVORZIATI**


Nel caso di genitori SEPARATI/DIVORZIATI è necessario indicare tale circostanza nella seguente voce, in ottemperanza alla C.M. n. 5336 del 02/09/2015. E' inoltre OBBLIGATORIO compilare la sezione relativa ai dati anagrafici dell'altro genitore.

**INDICAZIONE COMPAGNI STESSA PROVENIENZA (SC.INFANZIA)**

Indicazione compagni stessa provenienza

**Nota:**

La famiglia può indicare uno-due nominativi di compagni proveniente dalla stessa classe di Scuola Infanzia, purché sia stata fatta analoga richiesta dai compagni prescelti.

**LIBERATORIA REALIZZAZIONE RIPRESE FOTO/VIDEO**


Indicare AUTORIZZO oppure NON AUTORIZZO

I genitori possono autorizzare la scuola a riprendere e/o a far riprendere in video e/o fotografare i propri figli, in occasione di eventi connessi all'attività didattica e deliberati dalla scuola, da soli, con i compagni, con insegnanti e operatori scolastici (la presente autorizzazione non consente l'uso delle immagini in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore)

e-mail per credenziali registro elettronico

Compilando la seguente informazione dichiaro di essere a conoscenza che le credenziali sono strettamente personali e vanno conservate con la massima cura.

