



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GOZZANO"

Scuole dell'infanzia *Bambini di Sarajevo, Mamma Pajetta, Salvo d'Acquisto* (Rivoli) e *Andersen* (Villarbasse)

Scuole primarie *Don Milani, Gozzano e Principi di Piemonte* (Villarbasse)

Scuola secondaria di primo grado *Margherita Hack* (Villarbasse)

Sede Centrale: Via Alba,15 - 10098 RIVOLI (TO)

Tel. 0119580575 E-mail [TOIC8BL004@istruzione.it](mailto:TOIC8BL004@istruzione.it) Pec [TOIC8BL004@pec.istruzione.it](mailto:TOIC8BL004@pec.istruzione.it) Sito web: [www.icgozzanorivoli.it](http://www.icgozzanorivoli.it)  
Codice meccanografico: TOIC8BL004 Codice fiscale: 95628500019 Codice univoco di fatturazione elettronica: UF09EQ

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Anno scolastico 2024/25

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

in qualità di  padre  madre  tutore  affidatario

### CHIEDE PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/25

L'ISCRIZIONE del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

#### ALLA SOTTOINDICATA SCUOLA DELL'INFANZIA:

- Scuola dell'infanzia **H.C. Andersen** - Via Rivoli, 2 - Villarbasse
- Scuola dell'infanzia **Bambini di Sarajevo** - Viale Colli, 75 A - Rivoli
- Scuola dell'infanzia **Mamma Pajetta** - Via Ischia, 9 - Rivoli
- Scuola dell'infanzia **Salvo d'Acquisto** - Via Querro, 56 - Rivoli

- di avvalersi dell'anticipo (per i nati entro il 30 Aprile 2022) subordinatamente alla disponibilità di posti e all'esaurimento di eventuali liste d'attesa dei bambini che compiono tre anni entro il 31 Dicembre 2024; alla disponibilità di locali e dotazioni idonei sotto il profilo dell'agibilità e funzionalità, tali da rispondere alle diverse esigenze dei bambini di età inferiore a tre anni; alla valutazione pedagogica e didattica, da parte del Collegio dei Docenti, dei tempi e delle modalità dell'accoglienza.

**A tal fine DICHIARA, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa (DPR 445 del 28/12/2000, art. 47) e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:**

il/la bambino/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

codice fiscale \_\_\_\_\_

• è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• è cittadin\_  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

• è residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via / Corso / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Eventuale Pec \_\_\_\_\_

- è stat\_ sottopost\_ alle vaccinazioni obbligatorie SÌ NO
- proviene dall'Asilo nido di \_\_\_\_\_, frequentato con orario \_\_\_\_\_
- la propria **famiglia convivente** è composta, oltre al bambino, da:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Scuola e classe/sezione frequentata dai fratelli nell'a.s. 2024/25

- cellulare: padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_
- recapito telefonico lavoro: padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_
- altri recapiti telefonici in caso di emergenza \_\_\_\_\_
- Nel caso di bambini *fuori zona*, specificare i motivi per cui si richiede l'iscrizione presso questa scuola: *(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Problemi di autonomia *(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi e per la tutela della salute del bambino)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Specialisti che hanno in cura il/la bambino/a e situazioni particolari quali, ad esempio: difficoltà, affezioni croniche e patologiche, intolleranze alimentari, eventuale necessità di somministrazione farmaci *salvavita* in orario scolastico... *(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi e per la tutela della salute del bambino)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Casi particolari di affidamento del/la bambino/a: genitori separati o non conviventi, affido esclusivo ad un solo genitore, eventuali tutori... *(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi e per la tutela della salute del bambino)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicare il DOMICILIO nel periodo scolastico, SOLO se diverso da quello anagrafico:**

Via / Corso / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

## SCELTA OPPORTUNITÀ FORMATIVE

Sulla base del Piano Triennale dell'Offerta Formativa (P.T.O.F.) della scuola, **consapevole dei criteri di precedenza nell'ammissione deliberati dal Consiglio di Istituto (e presenti sul sito dell'Istituto), dei vincoli organizzativi esistenti che potrebbero non permettere l'accettazione piena di tutte le richieste (risorse di organico e piano di utilizzo degli edifici scolastici predisposti dagli Enti locali competenti)**

**CHIEDE che il bambino frequenti:**

**Si informano tutti gli interessati che ILTEMPO SCUOLA**

è rispondente al tempo Scuola adottato nell'Istituto scolastico in coerenza con il Piano dell'Offerta Formativa deliberato.

**A  ORARIO ORDINARIO delle attività educative per n. 40 ore settimanali (dal Lunedì al Venerdì):**

Scuola <i>Andersen</i>	dalle ore 8.15 alle ore 16.15	(mensa compresa)
Scuola <i>Bambini di Sarajevo</i>	dalle ore 8.00 alle ore 16.00	(mensa compresa)
Scuola <i>M.Pajetta</i>	dalle ore 8.00 alle ore 16.00	(mensa compresa)
Scuola <i>S.D'Acquisto</i>	dalle ore 8.00 alle ore 16.00	(mensa compresa)

**B  ORARIO RIDOTTO delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino per n. 25 ore settimanali (dal Lunedì al Venerdì):**

**C  ORARIO PROLUNGATO delle attività educative fino a n. 50 ore settimanali (dal Lunedì al Venerdì, solo in presenza di un numero di domande che consenta la formazione di una sezione)**

**Sono interessato al servizio a pagamento del:**

**Pre- scuola** dalle ore \_\_\_\_\_  **Post- scuola** fino alle ore \_\_\_\_\_  
(N.B. Il servizio sarà attivato a fronte di almeno n. 5 richieste)

**Allega i seguenti documenti:**

- (ad es., dichiarazione del/i datore/i di lavoro nel caso in cui entrambi i genitori lavorino...)

---

---

---

• **Esigenze particolari motivate e documentate:** \_\_\_\_\_

---

---

---

Codici Fiscali Genitori:

Mamma: \_\_\_\_\_

Papà: \_\_\_\_\_

**SI RICORDA CHE È POSSIBILE PRESENTARE  
UNA SOLA DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**SCELTA DI AVVALERSI O DI NON AVVALERSI  
DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA - A.S. 2024/25**  
(C.M. n. 188 del 25/05/1989)

Bambino/a \_\_\_\_\_

*Cognome e nome*

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della Religione Cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense dell'11/02/1929 (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta all'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica.

**La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero corso di studi e, comunque, in tutti i casi in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fermo restando, anche nelle modalità di applicazione, il diritto di modificare tale scelta per l'anno successivo entro il termine fissato per le iscrizioni ed esclusivamente su iniziativa degli interessati.**

- sceglie di **avvalersi** dell'insegnamento della Religione Cattolica
- sceglie di **NON avvalersi** dell'insegnamento della Religione Cattolica  
*(la scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa)*

Il/la sottoscritto/a **dichiara** di aver 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.

Data, \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_  
*(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)*

***PARTE da compilare solo nel caso in cui si scelga di NON avvalersi  
dell'insegnamento della Religione Cattolica.***

**Avendo scelto di NON avvalersi** dello studio della Religione Cattolica, consapevole del fatto che la sua scelta sarà considerata valida a tutti gli effetti per l'intera durata dell'anno scolastico, **si riserva di operare, agli inizi dell'anno scolastico, la scelta tra le seguenti opzioni** previste dalla normativa vigente:

- attività didattiche e formative
- non frequenza della scuola nelle ore di insegnamento della Religione Cattolica (uscita anticipata o ingresso posticipato)

Firma di autocertificazione del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_  
*(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)*

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.*

Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'informativa resa dalla scuola e presente sul sito web d'Istituto AUTORIZZA la scuola ad utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., Reg. UE 2016/679 e Regolamento definito con decreto Ministeriale n. 305 del 07/12/2006).

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_