



Istituto Comprensivo "Grazie Tavernelle"

60128 Via G. Verga, 2 Ancona - tel. 051/895208

C.M. ANIC82000A ≈ C.F. 93084540421

anic82000a@istruzione.it anic82000a@pec.istruzione.it www.grazietavernelle.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO per FATTURAZIONE ELETTRONICA: UFF6L6

DOMANDA DI ISCRIZIONE a.s. 2026/27 - SCUOLA DELL'INFANZIA

 "SABIN" "FANTASIA"

Via Camerano

 "VERBENA"

Via Fermo

 "M. LODI"

Via Petrarca

Fraz. Varano

I sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____ / ____ / ____

cittadinanza _____ Stato estero di nascita _____

residente in _____ via _____ /n° _____

tel _____ email _____

in qualità di madre padre affidatario tutore**DATI SECONDO GENITORE:**

cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____ cittadinanza _____

residente a _____ in via _____ / n° _____

tel. _____ email _____

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

CHIEDE(A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero.)

l'iscrizione del minore:

Cognome _____	Nome _____
sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C.F. _____	nat__ a _____
il _____ è cittadino <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> altro (indicare) _____	
in Italia dal _____, provenienza _____	è residente
a _____ (prov._____) in via/Piazza _____	

Informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi scolastici a favore degli alunni dichiara che la propria famiglia è composta da:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA ⁽¹⁾	TITOLO DI STUDIO	PROFESSIONE	SCUOLA ⁽²⁾

(1) grado di parentela: padre – madre – convivente – fratello – sorella – nonno – nonna – zio – zia – altro (specificare il grado)

(2) nel caso di fratelli frequentanti questo Istituto, scrivere la scuola e la classe frequentata

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: sì no
(è registrato presso l'Azienda Sanitaria di _____)

alunno in condizioni di disabilità sì no

alunno che necessita dell'educatore comunale sì no

Data _____

Firma _____

Firma di autocertificazione (Legge n. 127 del 1997 e DPR n. 445 del 2000)
da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

SCUOLA DELL'INFANZIA

Il sottoscritto, sulla base delle opportunità educative offerte dalla scuola, consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste e dei criteri fissati dal Consiglio di Istituto, chiede che il/la proprio/a figlio/a possa, in ordine preferenziale, essere assegnato a classi con la organizzazione e le caratteristiche di seguito indicate.

Esprime le seguenti preferenze

TURNO NORMALE CON MENSA*

TURNO ANTIMERIDIANO SENZA MENSA*

(resta a carico delle famiglie l'importo relativo alla merenda)

* (servizio comunale a pagamento dei genitori)

Intende avvalersi per il minore dell'insegnamento della religione cattolica per l'anno scolastico 2026/2027 SI NO

"La scelta ha valore per l'intero corso di studi, fatto salvo il diritto di modificare tale scelta per l'anno successivo entro il termine delle iscrizioni" (nota MIM N. 100847 del 17/12/2025).

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto chiara sotto la propria responsabilità, *di aver presentato domanda di iscrizione soltanto presso questo Istituto Comprensivo*.

Qualora la domanda non possa essere accolta nella prima opzione, esprime l'opzione della seconda scuola prescelta: SECONDA OPZIONE:

Data _____

Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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).

Data _____ Presa visione _____

ALUNNO CON ALLLERGIE/INTOLLERANZE (ANCHE ALIMENTARI) CERTIFICATESI NO **FREQUENZA ASILO NIDO**SI NO
(nome del nido frequentato)

La richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve sempre essere condivisa da entrambi i genitori. Pertanto dichiaro di aver effettuato la scelta nell'osservanza della norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale (ARTT. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile).

Ancona, _____

Firma _____

Allegati:

- *Tessera sanitaria o Codice fiscale o Carta di identità dell'alunno/a o (fotocopia)*
- *Fotocopia documento di identità dei genitori*
-
-
-