

SCUOLA DELL'INFANZIA "ESTER SICCARDI"

Via SAVONA 19 17031 ALBENGA - TEL 0182 51385 – FAX 0182 1900220

email: ester.siccardi@gmail.com

DOMANDA DI ISCRIZIONE **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E** **AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI**

..... sottoscritto/a.....padre/madre/tutore

CHIEDE

☐ l'iscrizione del.... propri... figli... ..

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

alla Scuola dell'Infanzia "Ester Siccardi" per l'anno scolastico **2019-2020**

☐ di avvalersi dell'anticipo (per i nati entro il 30 aprile 2020) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che compiono tre anni entro il 31/12/ 2019.
A tal fine

DICHIARA

(art. 31 legge 04.01.68 n. 15 art. 2DPR n. 130/94 e art. 3 comma 3 legge 15.05.97 n. 127)

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazione falsa.Che...propri...figli...è nat.....a.....il.....

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Pos. Fam.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data	Professione
1- PADRE				
2- MADRE				
3- figlio/a				
4- figlio/a				
5- figlio/a				

che il proprio nucleo familiare è residente a.....CAP.....

Via.....email.....

Cell.Madre.....Cell.Padre.....

Altri numeri.....

che ... propri...figli...è di cittadinanza.....

che ... propri...figli...è stato / non è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie.

che .. propri... figli... ha frequentato l'asilo nido/ la ludoteca.....

che i propri figli in età scolare frequentano le seguenti scuole:

Nome	Scuola frequentata	classe