

Alla Direzione del Nido Integrato dell'Istituto "Suore della Presentazione di Maria SS.ma"

Via Capo delle Armi n°7 - 00122 Ostia Lido – (Roma)

Tel.: 06/5662165 - fax.:06/5680555

DOMANDA D' ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 202 /202 .

Io sottoscritt _____ padre ___/madre ___/tutore ___/
(Cognome e Nome in Stampatello)

Dell'alunn _____
(Cognome e Nome in Stampatello)

CHIEDE

L'iscrizione dell....stess....al Nido Integrato autorizzato per l'Anno Scolastico 202 /202 .

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

l'alunn _____ codice fiscale _____

nat....a _____ il _____

è di cittadinanza italiana SI ___/NO ___/ altro (indicare quale) _____

è residente a _____ In Via/Piazza _____ CAP _____

è domiciliato a _____ In Via/Piazza _____ CAP _____

Tel.casa _____ Cell.Madre _____ Cell.Padre _____

Altri recapiti telefonici _____

E.mail: _____

Si allegano certificati vaccini ___/

SI AVVALE DEL SEGUENTE ORARIO:

dal Lunedì al Venerdì:

SENZA PRANZO: ORE 8,00 12,00 ___/

CON PRANZO : ORE 8,00 - 13,00 ___/ 8,00 - 14,00 ___/ 8,00 - 16,30 ___/

DICHIARA

di essere consapevole dell'indirizzo educativo e del carattere cattolico dell'Istituzione, di conoscere il regolamento d'Istituto e di accettare e condividere il Patto Educativo di Corresponsabilità della Scuola e si impegna ad osservarlo.

Roma, _____

Firma _____

Firma dell'altro genitore in caso separazione/divorzio
(art.155 cc , L. 54/2006)

Firma _____

Nido Integrato Autorizzato dell'Istituto "Suore della Presentazione di Maria SS.ma"

Via Capo delle Armi n°7 - 00122 Ostia Lido - (Roma) Tel.: 06/5662165 - fax.:06/5680555

RACCOLTA INFORMAZIONI DI CONTESTO RILEVAZIONE INVALSI

La sottoscritta _____ codice fiscale _____
nata a _____ il _____
è cittadino italiano SI ___/ NO___ altro (indicare quale) _____
è residente a _____ in Via/Piazza _____ CAP _____
è domiciliato a _____ in Via/Piazza _____ CAP _____
TEL. _____ CELL. _____

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
nato a _____ il _____
è cittadino italiano SI ___/ NO___ altro (indicare quale) _____
è residente a _____ in Via/Piazza _____ CAP _____
è domiciliato a _____ in Via/Piazza _____ CAP _____
TEL. _____ CELL. _____

Genitori dell'Alunno _____

DICHIARIAMO

Il nucleo familiare è composto da: (indicare numero) _____

Titolo di studio	Madre	Padre
1. Licenza elementare		
2. Licenza media		
3. Qualifica professionale triennale		
4. Diploma di maturità		
5. Altro titolo di studio superio al diploma (ISEF, Accademia belle arti, Conservatorio)		
6. Laurea o titolo superio (ad es. Dottorato di ricerca)		

Professione	Madre	Padre
1. Disoccupato		
2. Casalinga		
3. Dirigente, docente universitario, funzionario o ufficiale militare		
4. Imprenditore/proprietario agricolo		
5. Professionista dipendente, sottufficiale militare o libero professionista (medico, avvocato, psicologo, ricercatore, ecc.)		
6. Lavoratore in proprio (commerciante, coltivatore diretto, artigiano, meccanico, ecc.)		
7. Insegnante, impiegato, militare graduato		
8. Operaio, addetto ai servizi/socio di cooperativa		
9. Pensionato/a		
10. Non disponibile		

Roma, _____

Firma

