



SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA PARITARIA SANT'ANNA

PIAZZA SANTA MARIA DELL'OLIVO, 2-00131 ROMA

Email- segreteria@scuolasantanna.org Sito- www.scuolasantanna.org Tel- 064190050

MODULO DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2025/26

Io sottoscritto _____ padre- madre – tutore

dell'alunno (a) _____

CHIEDO di poter iscrivere il/la proprio/a figlio/a codesto Istituto nella classe sotto indicata:

Scuola dell'Infanzia ☐ tre anni ☐ quattro anni ☐ cinque anni

Scuola Primaria ☐ Prima ☐ Seconda ☐ Terza ☐ Quarta ☐ Quinta

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO

COGNOME _____ NOME _____

Sesso ____ Nato/a il _____ a _____ Prov. (____)

Cittadinanza _____ Altra cittadinanza _____

Cod. fisc. | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

RESIDENTE a _____ Prov. (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

DOMICILIATO a _____ Prov. (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

RECAPITO TELEFONICO:

Tel. Casa _____ cell. Madre _____ cell. Padre _____

Cell. Altro familiare _____ Cognome _____ Nome _____

PADRE / TUTORE

COGNOME _____ NOME _____

Sesso ___ Nato/a il _____ a _____ Prov. (___)

Cittadinanza _____ Cod. fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RESIDENTE a _____ Prov. (___) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Professione _____ Titolo di studio _____

MADRE

COGNOME _____ NOME _____

Sesso ___ Nato/a il _____ a _____ Prov. (___)

Cittadinanza _____ Cod. fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RESIDENTE a _____ Prov. (___) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Professione _____ Titolo di studio _____

TIPO DI ISCRIZIONE

☐ PRIMA ISCRIZIONE

☐ RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA ANTICIPATA ☐ Si ☐ No

(Riferita solo a coloro che compiono i 3 e 6 anni nel periodo compreso tra il 1° Gennaio e il 30 Aprile)

☐ CONFERMA DI ISCRIZIONE

☐ TRASFERIMENTO DA ALTRA SCUOLA

Codice Meccanografico scuola di provenienza

Denominazione scuola di provenienza

☐ L'alunno ha frequentato il nido?

☐ Si ☐ No

☐ L'alunno ha frequentato la scuola dell'infanzia?

☐ Si ☐ No

INFORMAZIONI SULL'ALUNNO

Alunno con disabilità ☐ Si ☐ No

Alunno con DSA ☐ Si ☐ No

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

L'alunno è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie? ☐ Si ☐ No
se **no** perché _____

L'alunno/a è affetto da allergie? ☐ Si ☐ No
se **si** quali _____

L'alunno/a è affetto da intolleranze alimentari? ☐ Si ☐ No
se **si** quali _____

Altri fratelli/sorelle frequentanti lo stesso istituto? ☐ Si classe ☐ No

Si ricorda che l'assenza di vaccinazioni pregiudica la frequenza scolastica.

Si rende noto, inoltre, che in caso di allergie e/o intolleranze è doveroso consegnare tutta la documentazione in allegato alla presente domanda.

TUTELA DELLA PRIVACY

SUORE DELLA CARITA' S. ANNA-Vi informa che i dati personali forniti saranno trattati in conformità con la legislazione vigente in materia di dati personali GDPR n.679/2016. A questo proposito, vi informa che i dati saranno inseriti in un file il cui scopo è quello di procedere alla gestione amministrativa ed educativa al fine di migliorare la qualità del nostro servizio. Alcune informazioni saranno inviate al MIUR.

AUTOCERTIFICAZIONE per avvenuto pagamento delle rette precedenti in base art.47 dpr.455.

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE DATI ALUNNO

Il sottoscritto **DICHIARA**, in base alle norme dello snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che i dati riguardanti l'anno contenuti nel presente formulario sono veritieri.

Firma _____

Firma di autocertificazione (leggi 127/97-15/98-91/98)
Da sottoscrivere al momento della presentazione della
Domanda alla segreteria della scuola.

AUTORIZZAZIONE USCITE DIDATTICHE

Il sottoscritto GENITORE **AUTORIZZA** il proprio figlio/a partecipare alle "Uscite Didattiche" organizzate dalla Scuola dell'Infanzia -elementare nell'ambito della propria programmazione didattica.

SI NO Firma _____

Il sottoscritto **AUTORIZZA**, per il proprio figlio/a, le riprese filmiche o fotografiche fatte in ambito scolastico a scopo didattico educativo. Anche quando si richiede nell'ambito proprio della Congregazione delle Suore Della Carità Di Sant'Anna. (legge 196/2003) così come modificato dal reg. Eu GDPR 2016/679.

SI NO Firma _____

Il sottoscritto **DICHIARA** di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nel formulario autocertificato, esclusivamente nell'ambito scolastico e per i fini istituzionali proprio della Pubblica Amministrazione.

Firma _____

È OBBLIGATORIO COMUNICARE EVENTUALE CAMBIO DI DOMICILIO

Tutti i dati di questo modulo sono obbligatori e la scuola si riserva il diritto di non elaborare informazioni incomplete.

Firma del padre: _____

Firma della madre _____

Entrambi i genitori dichiarano che il pagamento delle spese scolastiche:

- ☐ debbano essere imputate al/la sig/sig.ra _____ nel caso in cui il pagamento avvenga tramite conto cointestato.
- ☐ vengano ripartite al 50% tra i genitori.

Segnare con una x l'opzione scelta.

ROMA _____

Firma del padre: _____

Firma della madre _____