



# MODULO DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 20\_\_/20\_\_

Il/la Sottoscritto/a in qualità di padre  madre

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel.(abitazione) \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ mail.(in stampatello) \_\_\_\_\_

Sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel.(abitazione) \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ mail.(in stampatello) \_\_\_\_\_

Genitori del\_\_ bambin\_\_ : \_\_\_\_\_

Nat\_\_ : a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE/CHIEDONO L'ISCRIZIONE** dello stesso/a  
**PRESSO**

**SCUOLA DELL'INFANZIA "Santa Monica"**

Indirizzo: Via Fornace Mariani, 10 – 20021 Ospiate di Bollate (Mi)  
Tel. e Fax : 02/3505482 - E-mail: scuolamaterna\_smonica@virgilio.it

**per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_**

IL/I RICHIEDENTE/I

- Si impegna/no al versamento anticipato della retta mensile prevista entro e non oltre il giorno 10 del mese di competenza.
- In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, autocertifica/no tutti i dati necessari all'iscrizione del/**la** proprio/**a** figlio/**a**, consapevole/i delle sanzioni penali cui **possa/no** andare incontro, in caso di dichiarazioni false (art. 26 della L. 15/68).

Data \_\_\_\_\_

Firma del padre

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA

Il/i Sottoscritto/ \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Genitore/i di \_\_\_\_\_

DICHIARA/NO

che il/**la** proprio/**a** figlio/**a** è nato/**a** a : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone qui di seguito elencate:

|                  | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA |
|------------------|----------------|-------------------------|
| PADRE            |                |                         |
| MADRE            |                |                         |
| FIGLI            |                |                         |
| RESIDENZA        |                |                         |
|                  |                |                         |
|                  |                |                         |
| ALTRI CONVIVENTI |                |                         |
|                  |                |                         |
|                  |                |                         |

E' cittadino:  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO VACCINALE

DICHIARA/NO CHE

- il/la proprio/a figlio/a **non è stato/a** sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie
- il/la proprio/a figlio/a **è stato/a** sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie (Leggi 127/97 - 131/98)

IL/I Sottoscritto/i dichiara/no di essere a conoscenza, ai sensi dell'Art. 26 della L.15/68 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma del padre

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

