

# FUTURA

# LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"

SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100  
Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFHE4H - Distretto 39°  
e-mail: [RMIC8D500D@istruzione.it](mailto:RMIC8D500D@istruzione.it) sito web: [www.ic-velletrinord.edu.it](http://www.ic-velletrinord.edu.it)

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
"Velletri Nord"

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del genitore)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Posta elettronica \_\_\_\_\_

Divorziato/Separato sì  no  Affidato congiunto sì  no

Se **divorziato o separato**, perfezionare la domanda di conferma iscrizione depositando la sentenza di separazione presso l'ufficio didattica nei giorni di ricevimento entro 31/08/2025

in qualità di  padre  madre  affidatario/a  tutore

## CHIEDE

La **conferma** dell'iscrizione dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

Al plesso di \_\_\_\_\_ per l'a.s. \_\_\_\_\_

**chiede** di avvalersi di:

Tempo normale (40 ore)

Tempo ridotto (25 ore)

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

**(1) Dichiarazione ai sensi degli art.li 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000:**

alunno/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (codice fiscale)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

in Italia dal \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  sì  no
- è soggetto allergico  sì  no
- In caso di esito positivo indicare nella casella sottostante il tipo di allergia :

- è bambino/a con disabilità  sì  no

In caso di alunno con disabilità occorre consegnare copia della certificazione.

**Firma di autocertificazione (1)** \_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione (1)** \_\_\_\_\_

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola  
Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola 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 Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305).  
**Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Data

Firma (di entrambi i genitori)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305**