

# ***Pio Istituto del Sacro Cuore di Gesù***

V.le Vellei, 16 - 63100 ASCOLI PICENO - Tel./Fax: 0736-256439

E mail: [istitutoscuore@pioistituto.it](mailto:istitutoscuore@pioistituto.it)

## ***Scuola dell'Infanzia Paritaria "Mario De Berardinis"***

### **RICHIESTA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2018/2019**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_, genitore di  
\_\_\_\_\_, nato/a in \_\_\_\_\_,  
Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_; Cod. Fisc. alunno/a: \_\_\_\_\_;  
Cittadinanza alunno/a: \_\_\_\_\_;

#### **C H I E D E**

che il/la proprio/a figlio/a venga iscritto/a alla seguente classe di codesta Scuola dell'Infanzia Paritaria non statale per l'anno scolastico 2017/2018:

Classe **3 anni**                       Classe **4 anni**                       Classe **5 anni**

Quota di iscrizione di €80,00 versata

#### **D I C H I A R A**

di aver preso visione del prospetto **Servizi e Prestazioni Anno Scolastico 2018/2019**, di approvarlo integralmente in ogni sua parte e di impegnarsi a far terminare, salvo giustificati motivi, al/alla proprio/a figlio/a l'intero ciclo scolastico di questa Scuola dell'Infanzia "M. De Berardinis".

#### **EVENTUALI ANNOTAZIONI ED INDICAZIONI DA PARTE DELLA FAMIGLIA**

N. cellulare Padre \_\_\_\_\_ N. cellulare Madre \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICAZIONE

(Leggi 15/68 – 127/97 – 131/98)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato in \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, genitore di \_\_\_\_\_;

## D I C H I A R A

- che il/la predetto/a figlio/a è nato/a in \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_; ed è residente in \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;

- che è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie SI  NO

- che la famiglia convivente si compone di:

Cognome e nome	Luogo – Data di nascita	Rapporto di parentela

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

**Allegare copia di un documento di identità del dichiarante e copia della tessera vaccinazioni del/della alunno/a.**

## DATI PER ELEZIONI ORGANI COLLEGIALI

**PADRE** (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Residenza (solo se diversa da quella dell'alunno) \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Luogo di lavoro \_\_\_\_\_

**MADRE** (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Residenza (solo se diversa da quella dell'alunno) \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Luogo di lavoro \_\_\_\_\_

---

---

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la Scuola dell'Infanzia può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri del Pio Istituto del Sacro Cuore di Gesù di Ascoli Piceno (Legge 31/12/1996, n. 675).

Ascoli Piceno lì \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

