



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SEZIONE PRIMAVERA

per l'anno scolastico **2026/2027**

Al Coordinatore Didattico - Pedagogico dell' Istituto Paritario "Santa Marta – Casa Betania"

Via Paganico,29 - 00049 Velletri (RM) ☎ 069620055 Fax 069620055 - ☎ 3387649282

P.IVA 01067681005 C.F. 02510770585 Cod. Mecc. RM1A596005

✉ info@santamartavelletri.it ✉ santamartavelletri@pec.it - 🌐 www.santamartavelletri.it

| | |
|------------------------------------|---|
| Il/la sottoscritto/a in qualità di | <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutore |
|------------------------------------|---|

CHIEDE

l'iscrizione dell'alunno/a alla frequenza della scuola dell'infanzia

| SEZ 1 | DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|---|-------|
| Cognome | Nome | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| data di nascita | comune di nascita | | Prov. | |
| stato di nascita | | cittadinanza | | |
| comune di residenza | | Prov. | Cap: | |
| indirizzo di residenza | In via | | Nr. | |
| frequenta un nido? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | se sì indicare quale: | | |
| eventuale altra scuola ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | se sì indicare quale: | | |
| SEZ 2A | DATI ANAGRAFICI DEL PADRE | | | |
| Cognome | Nome | | | |
| data di nascita | comune di nascita | | Prov. | |
| stato di nascita | cittadinanza | | stato civile | |
| risiede anagraficamente con la bambina/o <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| se no | comune di residenza | | Prov. | Cap: |
| | indirizzo residenza | In via | | Nr. |
| Tel. Casa | | Tel. Lavoro | | Cell. |
| e-mail: | | | | |
| SEZ 2B | DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE | | | |
| Cognome | Nome | | | |
| data di nascita | comune di nascita | | Prov. | |
| stato di nascita | cittadinanza | | stato civile | |
| risiede anagraficamente con la bambina o il bambino <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| se no | comune di residenza | | Prov. | Cap: |
| | indirizzo residenza | In via | | Nr. |
| Tel. Casa | | Tel. Lavoro | | Cell. |
| e-mail: | | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| SEZ 3C | ALTRA PERSONA CHE ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE | | |
| relazione con bambina/o | | <input type="checkbox"/> PERSONA AFFIDATARIA | <input type="checkbox"/> PERSONA TUTTRICE |
| Cognome | | Nome | |
| data di nascita | comune di nascita | Prov. | |
| stato di nascita | cittadinanza | stato civile | |
| risiede anagraficamente con la bambina o il bambino | | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| se no | comune di residenza | Prov. | Cap: |
| | indirizzo residenza | In via | Nr. |
| Tel. Casa | | Cell. | Tel. Lavoro |
| e-mail: | | | |

| INFORMAZIONI SANITARIE | |
|---|---|
| Il bambino o la bambina per cui si presenta domanda ha una disabilità? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| soffre di patologie importanti? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Se sì, indicare quali: | |
| soffre di allergie di tipo respiratorio? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Se sì, indicare quali: | |
| soffre di allergie di tipo alimentari? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Se sì, indicare quali: | |

| PATTO EDUCATIVO | |
|---|--|
| La famiglia condivide le linee educative del P. T. O. F. e ne sottoscrive il patto formativo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n.445/2000
2. I trattamenti dei dati personali raccolti con il presente modulo rientrano tra quelli descritti nell'informativa del Regolamento Europeo 2016/679 che vi è stata consegnata al momento dell'iscrizione. **(allegato A)**
3. Firma di autocertificazione (leggi 127/97 15/98, 113/98) da sottoscrivere al momento della domanda alla direzione
4. Nel caso di genitori separati / divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr.155 del C.C. modificato dalla Legge 8-2-06, n.54)
5. Per quanto riguarda la quota di conferma posto si fa riferimento all'art.1386 del codice civile.

Il sottoscritto dichiara espressamente di aver preso visione di tutte le disposizioni relative all'ammissione, gli orari, ai costi ed alla modalità di pagamento contenute nella Circolare della Direzione nr° 1 del 17 novembre 2025

Velletri, ___/___/_____

Firma padre _____ Firma madre _____

ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- **COPIA DEI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ**
- **CODICE FISCALE DEI GENITORI E DEL BAMBINO/A**
- **COPIA DEL LIBRETTO VACCINALE**

RISERVATO ALLA DIREZIONE

La presente domanda di iscrizione è stata presentata in data ___/___/_____

€ 150 ricevuti in data ___/___/_____ Bonifico Pos Contanti

Firma (genitore padre) _____

Firma (genitore madre) _____

Firma (Responsabile dell'Istituto) _____