

DOMANDA DI ISCRIZIONE – ANNO SCOLASTICO 2026 -2027

I sottoscritt_ _____ in qualità di: ☐ padre ☐ madre
(cognome e nome)
Dell'alunno/a _____ chiede l'iscrizione dell' _ stess _
(cognome e nome)
All'Asilo Nido classe sezione
(Scrivere in stampatello)

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

L'alunn_ _____
(cognome e nome) (codice fiscale)
è nato/a _____ Prov. _____ il _____
è cittadino: - ☐ italiano - ☐ altro (indicare nazionalità) _____
è residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____ C.A.P. _____
Cell. padre _____ E .mail padre _____
Cell. madre _____ E. mail madre _____
cell. alunno _____ Tel. fisso _____
ha frequentato la scuola dell'Infanzia per anni _____
proviene dalla scuola: _____ Luogo _____
Lingue comunitarie studiate nella scuola di provenienza : _____
☐ Dichiaro di non aver prodotto domanda di iscrizione ad altro istituto

STATO DI FAMIGLIA

	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale
Padre			
Madre			
Fratelli			

GENITORI SEPARATI: Indicare a chi è affidato il/la proprio/a figlio/a:

- ☐ entrambi i genitori
- ☐ padre (allegare stralcio della sentenza del Tribunale relativa all'affidamento)
- ☐ madre (allegare stralcio della sentenza del Tribunale relativa all'affidamento)

Occorre la FIRMA CONGIUNTA se i genitori sono divorziati o separati.

I sottoscritti, apponendo la firma, autorizzano il trattamento dei dati personali ai sensi del dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), dichiarano di essere stati informati che potranno esercitare i diritti previsti dal suddetto Regolamento e di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto pubblicata sul sito ufficiale e di averne compreso il contenuto.

Firma di autocertificazione

Data _____
(firma del genitore o di chi esercita la potestà) (firma del genitore o di chi esercita la potestà)

ALLEGARE AL PRESENTE MODULO:

- ☐ COPIA DEL CODICE FISCALE DELL'ALUNNO
- ☐ COPIA DOCUMENTO VACCINAZIONI OBBLIGATORIE
- ☐ ATTO DI DELEGA CORREDATO DAL DOCUMENTO DI IDENTITA' DELLE PERSONE AUTORIZZATE A RIPRENDERE DA SCUOLA IL PROPRIO FIGLIO/A FIRMATO DA AMBEDUE I GENITORI

(si prega scrivere in stampatello)

I sottoscritt _____ in qualità di: ☐ padre ☐ madre
 (cognome e nome)

Dell'alunno/a _____
(coanome e nome)

AFFERMA di conoscere le finalità educative della Scuola e condividendole, si impegna a partecipare personalmente alle iniziative proposte nel corso dell'anno scolastico.

DICHIARA di conoscere le norme di funzionamento della scuola e di impegnarsi a versare il contributo entro le scadenze, anche in caso di temporanea assenza dell'alunno/a.

INOLTRE DICHIARA: - Di essere al corrente che ogni anno occorre recarsi in segreteria per compilare il modulo di iscrizione alla classe successiva e versare la relativa quota entro il termine stabilito annualmente dal Ministero della Pubblica Istruzione. Eventuali disdette delle iscrizioni dovranno pervenire entro 15 giorni dal termine di chiusura delle stesse. In caso di disdetta fuori termine non è previsto il rimborso della quota di iscrizione.

RETTA NIDO - Anno Scolastico 2026 - 2027

Quota Iscrizione € 300,00 da versare al momento della consegna del Modulo di Iscrizione (non in due momenti differenti).

MODALITA' DI PAGAMENTO Si ricorda che la retta è annuale ed è dovuta sempre per intero	RATA	TOTALE ANNUO	SCELTA DI PAGAMENTO
Pagamento della retta scolastica mensile dalle ore 8,00 alle 13,30 scadenze: entro il giorno 5 del mese	€ 450,00	€ 4.500,00	
Pagamento della retta scolastica mensile dalle ore 8,00 alle 16,00 scadenze: entro il giorno 5 del mese	€ 500,00	€ 5.500,00	
Buono pasto giornaliero	€ 5,00		
Blocchetto da 10 buoni	€ 50,00		

Estremi per il bonifico:

Congregazione delle Figlie dei sacri Cuori di Gesù e Maria - ISTITUTO RAVASCO

IBAN: IT83K0847315400000000138803

BCC di Castiglione Mr. Raimondo e Pianella – Filiale di Pescara

CAUSALE: cognome e nome alunno, classe, tipo di scuola, specificare retta di riferimento o altro.**Firma per accettazione**

Data _____
(firma del genitore o di chi esercita la potestà)

(firma del genitore o di chi esercita la potestà)

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____

(luogo) (prov.)

residente a _____ () in via _____ n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____

(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ () il _____

(luogo) (prov.)

- ☐ ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹:
 - ☐ anti-poliomielitica;
 - ☐ anti-difterica;
 - ☐ anti-tetanica;
 - ☐ anti-epatite B;
 - ☐ anti-pertosse;
 - ☐ anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
 - ☐ anti-morbillo;
 - ☐ anti-rosolia;
 - ☐ anti-parotite;
 - ☐ anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).
- ☐ è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ☐ ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ☐ ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

(apporre una croce sulle caselle di interesse)

Il/La sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il 1 settembre, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

Il sottoscritto, apponendo la firma nell'apposita sezione, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), dichiara di essere stato informato che potrà esercitare i diritti previsti dal succitato Regolamento e di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto pubblicata sul sito ufficiale dell'Istituto e di averne compreso il contenuto.

(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

Istituto Comprensivo Paritario "E.Ravasco"

NIDO

a.s. 2026-2027

MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a

NOME E COGNOME _____ CLASSE _____ sez. _____

chiede il/i seguente/i servizio/i:

☐ **SERVIZIO MENSA**

-si richiede **PUNTUALITA'**

FIRMA DEL GENITORE

Da compilare in caso di necessità o sbarrare per escludere la presenza di richiesta diete speciali:

DIETA PERSONALIZZATA PER MOTIVI DI SALUTE

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

☐ **Intolleranza alimentare** (si allega certificato medico in originale)

☐ **Allergia alimentare** (si allega certificato medico in originale)

☐ **Malattia metabolica** (celiachia, favismo, diabete, altro _____)

(si allega certificato medico)

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a non può assumere:

☐ **CARNE DI MAIALE E DERIVATI**

☐ **CARNE BOVINA**

☐ **TUTTI I TIPI DI CARNE**

☐ **PESCE**

☐ **ALTRO** _____

PESCARA , _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

ISTITUTO COMPRENSIVO PARITARIO "E. RAVASCO"

Nido - Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria
Via Italica, 46 - 65127 PESCARA – Tel 085 64160
E-mail: segreteriaaravascopescaraitalica@gmail.com
Sito Web: www.ravascopescara.it

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"E.RAVASCO", via Italica, 46 Pescara**

Delega per il ritiro degli alunni da scuola

Il sottoscritto _____ (padre) e
la sottoscritta _____ (madre),
genitori dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ frequentante la SCUOLA _____ di codesto
Istituto Comprensivo classe _____ / sezione _____ consapevoli degli
obblighi di vigilanza sui minori e non potendo provvedere personalmente al ritiro del/della proprio/a figlio/a

D E L E G A N O

- il Sig. / la Sig.ra _____ Carta d'identità n. _____
- il Sig. / la Sig.ra _____ Carta d'identità n. _____
- il Sig. / la Sig.ra _____ Carta d'identità n. _____

a provvedere alla presa in consegna del/della proprio/a figlio/a all'atto dell'uscita dalla scuola.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445 del 2000 e successive modifiche ed integrazioni

D I C H I A R A N O

- di essere consapevoli che al ritiro non può essere delegata persona minore di anni 18;
- di essere a conoscenza degli orari di attività della scuola e di impegnarsi al massimo rispetto degli stessi dandone comunicazione alle persone da loro delegate;
- di essere a conoscenza che il docente, all'atto della consegna dell'alunno/a, potrà richiedere il documento di riconoscimento nel caso non sussista la conoscenza personale del delegato;
- di sollevare l'Istituto Comprensivo "E.RAVASCO" da qualsiasi responsabilità circa qualsivoglia evento che possa accadere dopo l'affidamento all'uscita della scuola.

La presente delega, che va consegnata alla segreteria della scuola negli orari di ricevimento al pubblico, deve essere corredata dalle fotocopie dei documenti di identità del/dei delegante/i e del/dei delegato/i.

Essa ha validità per l'intero ciclo di studi che il proprio/a figlio/a frequenterà presso codesta istituzione e vale fino a revoca o rettifica della stessa da parte dei/del/della sottoscritti/o/a.

In caso di affidamento disposto con sentenza giudiziale, alla presente deve essere anche allegata la relativa documentazione.

Firma per accettazione della/e persona/e delegata/e

Firma dei genitori*

1) _____

1) _____

2) _____

2) _____

3) _____

* NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Pescara, lì _____

Firma del genitore _____



ISTITUTO COMPRENSIVO PARITARIO "E. RAVASCO"

Nido - Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria
Via Italica, 46 - 65127 PESCARA – Tel 085 64160
E-mail: segreteriaaravascopescara@gmail.com
Sito Web: www.ravascopescara.it

LIBERATORIA PER LA REALIZZAZIONE E PUBBLICAZIONE DI RIPRESE VIDEO E/O FOTO

Il sottoscritto: _____ nato il
____/____/____, a _____ Prov.(____), residente a
_____ Prov. (____), in
via _____

La sottoscritta: _____ nata il
____/____/____, a _____ Prov.(____), Residente a
_____ Prov. (____), in
via _____

in qualità di genitori/tutori che esercitano la patria potestà del minore:

(Nome e cognome): _____ nato il
____/____/____, a _____ Prov.(____), Residente a
_____ Prov. (____), in
via _____

Ai sensi degli artt. 7 e 8 del Regolamento Europeo 679/2016 e ss.mm.ii. AUTORIZZANO

- L'Istituto scolastico a riprendere e/o far riprendere in video e/o fotografare il/la proprio/a figlio/a e all'invio e pubblicazione di materiale fotografico e video del/la suddetto/a figlio nell'ambito delle attività che si svolgeranno durante I progetti didattici previsti nel PTOF di questo Istituto, nelle attività e nei progetti di Alternanza Scuola Lavoro se attivati.
- Prendono atto dell'eventuale possibile registrazione nei motori di ricerca e della possibilità che l'immagine del/della minorenne venga pubblicizzato via web, stampa e qualsiasi altra modalità.
- secondo le esigenze tecniche, eventuali modifiche delle immagini fornite e ne forniscono il pieno consenso alla pubblicazione e diffusione.
- Attraverso questa istanza liberatoria i sottoscritti svincolano l'Istituto scolastico da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente i danni al proprio patrimonio od alla immagine del/la proprio/a tutelato/a.
- I sottoscritti confermano di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso.
- Resta inteso che la presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Dichiarano

- Di comprendere che le finalità del trattamento sono esclusivamente didattiche;
- Che tale autorizzazione si intende gratuita e valida per il periodo di permanenza dell'alunno nell'Istituto;

- Che le informazioni qui indicate chiare, sufficienti e complete e dichiaro di averle pienamente comprese.
- Di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo istituto pubblicata sull'Albo On-Line ufficiale e sul sito web istituzionale e di averne compreso il contenuto.

In qualità di esercente la potestà genitoriale:

☐

(da compilare solo se necessario)

Inoltre, poiché non è possibile il consenso scritto di entrambi i genitori, Il /La sottoscritto/a

_____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, **dichiara** di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 TER e QUATER del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data e Firma del padre: _____

Data e Firma della madre: _____

N.B. il presente modulo resta valido, salvo specifica comunicazione, per l'intero ciclo del percorso scolastico