ISTITUTO RAVASCO
UNA SCUOLA PER LA VITA

ISTITUTO COMPRENSIVO PARITARIO "E. RAVASCO"
Nido - Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria
Via Italica, 46 - 65127 PESCARA – Tel 085 64160 e Fax 085 691819
Sito web: www.ravascopescara.it
Mail: segreteriaravascopevitalica@gmail.com
P.e.c. : ravascoviaitalica@pec.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE – ANNO SCOLASTICO 2024 -2025

_l_ 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 : _____

[_] Dichiara 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 succitato 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)

_l_ sottoscritt_ _____ in qualità di: [_] padre [_] madre
(cognome e nome)

Dell'alunno/a _____
(cognome 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 2024 - 2025

Acconto retta € 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	**€ 400,00**	**€ 4000,00**	
Pagamento della retta scolastica mensile dalle ore 8,00 alle 16,00 scadenze: entro il giorno 5 del mese	**€ 450,00**	**€ 4.500,00**	
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 seguito[1]:
  - o anti-poliomielitica;
  - o anti-difterica;
  - o anti-tetanica;
  - o anti-epatite B;
  - o anti-pertosse;
  - o anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
  - o anti-morbillo;
  - o anti-rosolia;
  - o anti-parotite;
  - o 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. 2024-2025

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**

FIRMA DEL GENITORE

_____

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: segreteriaravascopevitalica@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

1)_____

2)_____

3)_____

Firma dei genitori*

1)_____

2) _____

* 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 _____