



SCUOLA PRIMARIA  
PARITARIA CONVENZIONATA  
MINISTERO P.I.

Orario Segreteria 9.00/12.00  
Telefono Segreteria 0823/830456

**A.S. 2022/2023**

  I   sottoscritt \_\_\_\_\_ padre  madre  tutore

dell'alunn \_\_\_\_\_ C.F. alunno \_\_\_\_\_

**chiede**

l'iscrizione dell'\_\_stess\_\_ alla scuola primaria per l' a. s. 2022/2023

**A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e, consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di falsa dichiarazione, che:**

l'alunn \_\_\_\_\_

- è nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

- è cittadin\_ italiano  altro (indicare cittadinanza) \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

**NUMERI DI TELEFONO**

Abitazione \_\_\_\_\_ Altro (nonni ꞛ, zii ꞛ, ...) \_\_\_\_\_

Cell.mamma \_\_\_\_\_ Cell.papà \_\_\_\_\_

Lav.mamma \_\_\_\_\_ Lav.papà \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL PADRE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI ALLA MADRE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

**-dichiaro che il nucleo familiare, oltre all'alunno/a iscritto/a è composto da (stato di famiglia):**

1) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(cognome –nome-parentela)

2) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(cognome –nome-parentela)

3) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(cognome –nome-parentela)

4) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(cognome –nome-parentela)

5) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(cognome –nome-parentela)

## VACCINAZIONI

La normativa vigente (legge 119/2017) prevede che per la frequenza alla scuola primaria il bambino sia in regola con le vaccinazioni.

### Allega alla presente: Certificato di vaccinazione

In caso di **intolleranze/allergie** specificare in seguito e **consegnare in segreteria la prescrizione medica.**

**Allergie a medicinali:** si  no  **Allergie alimentari:** si  no  **Intolleranze alimentari:** si  no

Specificare : \_\_\_\_\_

Tale dichiarazione viene rilasciata consapevolmente delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Dichiara, infine, la consapevolezza che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento oggetto della dichiarazione, ai sensi all'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n° 196).

## AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

**Autorizzo**  **Non autorizzo**  **\_\_\_\_\_ mio/a figlio/a a partecipare alle uscite didattiche organizzate dalla scuola in orario scolastico.**

## CONTRIBUTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna ad accettare il pagamento del contributo scolastico mensile e a comunicare tempestivamente eventuali disguidi o ritardi nelle relative quietanze. Il mancato rispetto delle scadenze comporta la non accettazione dell'iscrizione dell'alunno all'anno successivo. In casi di bisogno acclarato, le richieste di deroghe vanno sollecitamente discusse con il gestore. In caso di chiusura forzata a causa di disastri ambientali, pandemia, lockdown forzato, ed ogni sorta di chiusura della Scuola che non sia dipesa dal Gestore, si impegna a pagare il Contributo Scolastico mensile in quanto tale contributo è corrispettivo delle prestazioni rese dalla scuola per l'intero anno scolastico e non per i singoli giorni di effettiva presenza a scuola degli alunni. Ovviamente, sarà garantita la Didattica a Distanza e saranno valutate le reali necessità economiche, come per il passato, di ogni singola famiglia.

Mi impegno a contribuire al funzionamento della Scuola Paritaria Talent's School nel seguente modo:

- 10 bonifici mensili **entro** il giorno **5** di ogni mese
- direttamente in segreteria **entro** il giorno **5** di ogni mese
- unico versamento (entro Dicembre 2021)

### CONTRIBUTO ANNUALE A.S. 2022/2023

<b>Scuola Primaria</b>
<b>€ 2.000,00</b>

Data \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi i genitori**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**SCUOLA PRIMARIA  
PARITARIA CONVENZIONATA  
MINISTERO P.I.**

**TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI  
DICHIARAZIONE LIBERATORIA**

**(D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” – Reg. UE della Privacy 2016/679 (GDPR))**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore/i (tutore/i) dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_

con riferimento alla pubblicazione e alla diffusione delle immagini di mio/a figlio/a sul sito web dell'istituzione scolastica, sulle piattaforme per la DaD, sui canali ufficiali Social (Facebook), sul giornale scolastico, nonché, nel caso di eventi pubblici o di rilevante interesse pubblico, l'eventuale trasmissione agli organi di stampa e ai media televisivi, a scopo documentativo, formativo e divulgativo dell'attività didattica e formativa della scuola.

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

NON ESPRIMO IL MIO CONSENSO

alla Talent's School, alla diffusione delle immagini di mio/a figlio/a fotografate/registrate durante le attività sopra descritte e nell'ambito delle finalità istituzionali della scuola, per utilizzarle, senza fini di lucro, come documentazione della vita della scuola e delle attività, nonché ai fini della DaD. L'utilizzo delle immagini è da considerarsi effettuato in forma del tutto gratuita.

La scuola tratterà i dati personali dello studente nell'ambito delle finalità istituzionali della scuola, per utilizzarli, senza fini di lucro, come documentazione della vita scolastica e delle attività ivi svolte. Sono esclusi, pertanto, scopi pubblicitari. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 del Regolamento Europeo 2016/679, in qualsiasi momento potrò avvalermi del diritto di revocare l'autorizzazione al trattamento delle immagini.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016.

Capodrise, \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi i genitori**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_