

**MODULO AGGIUNTIVO ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE PRIMA
DELLA SCUOLA PRIMARIA A.S. 2024/2025
DA COMPILARE PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA PER L'ACCETTAZIONE DELLE DOMANDE
DI ISCRIZIONE AL TEMPO PIENO (40 h. settimanali) - scuola "RENZO PEZZANI"**

Da consegnare entro il 30 Gennaio 2024

Dichiarazioni sostitutive di certificazione e/o all'atto di notorietà (D.P.R. 445 del 28/12/2000 artt. 46-47)

Il/La sottoscritto/a _____ (padre – madre o chi esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del D.P.R.28/12/200 n.445 per l'ipotesi di falsità, dichiara quanto di seguito:

ALUNNO/A (Cognome e Nome) _____

B) CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE

✓ La **situazione familiare** è **PARTICOLARE** ed è conosciuta / seguita dai **servizi sociali**? SI NO
In caso affermativo, allegare alla presente la documentazione dei Servizi Sociali.

✓ Vi sono casi di **invalidità grave e cronica (superiore al 75% ai sensi della L. 104)** di uno o più fra genitori o fratelli? SI NO

In caso di risposta affermativa le presenti dichiarazioni dovranno essere corredate da copia della **certificazione rilasciata dalla commissione medica preposta** in originale o in copia conforme. (**NON ALLEGARE** certificazioni mediche al di fuori del caso di invalidità grave o cronica di cui si tratta).

C) NUCLEO FAMILIARE INCOMPLETO O DISSOCIATO IN CUI MANCHI EFFETTIVAMENTE DI PADRE O MADRE

✓ Nel **nucleo familiare** manca uno dei due genitori perché:

è deceduto;

non ha riconosciuto la propria paternità / maternità.

il genitore è domiciliato all'estero ed è soggetto a un provvedimento giuridico che ne impedisce l'ingresso in Italia.

✓ Nel nucleo familiare sono presenti **FRATELLI** e/o **SORELLE**? SI NO Se "SI" elencare:

1. Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Scolarizzato/a SI NO presso la SCUOLA _____ CLASSE/SEZ. _____

2. Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Scolarizzato/a SI NO presso la SCUOLA _____ CLASSE/SEZ. _____

3. Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Scolarizzato/a SI NO presso la SCUOLA _____ CLASSE/SEZ. _____

4. Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Scolarizzato/a SI NO presso la SCUOLA _____ CLASSE/SEZ. _____

D) LAVORO DEI GENITORI

Cognome e Nome **PADRE:** _____

Nato a _____ Prov (____) il _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

CONDIZIONE PROFESSIONALE (N.B. *vanno dichiarate solo situazioni in atto alla data della scadenza di presentazione della domanda cioè al 10/02/2024*)

Lavoratore dipendente Lavoratore autonomo

SE LAVORATORE DIPENDENTE

Qualifica (operaio, impiegato, docente ...) _____

Ente o ditta presso cui è assunto _____

Sede di lavoro _____ Tel. _____

Orario di lavoro **da contratto** _____

MATTINO: dalle ore _____ alle ore _____ POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____

ALTRO TURNO: dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore sett.li _____ N. giorni lav. Sett.li _____

- Specificare nel caso di orari variabili e/o non definitivi e fornire un orario indicativo
- Nel caso di docenti indicare le ore **settimanali** frontali **di insegnamento** previste dal proprio contratto e quelle previste dalla cattedra completa (*esempio 14 / 24 per un part time a 14 ore nella scuola primaria*)

SE LAVORATORE AUTONOMO O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:

Professione esercitata _____

Posizione occupata all'interno della ditta _____

Sede di lavoro _____

Orario di lavoro MATTINO _____ POMERIGGIO _____

N. giorni lavorativi settimanali _____ Totale ore settimanali (previste a contratto) _____

Ragione sociale e natura giuridica della ditta _____

Indirizzo _____

Anno di inizio attività _____ N. iscrizione CCIAA _____

Partita IVA _____

ANNOTAZIONI EVENTUALI

Cognome e Nome **MADRE:** _____

Nata a _____ Prov (____) il _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

CONDIZIONE PROFESSIONALE (N.B. *vanno dichiarate solo situazioni in atto alla data della scadenza di presentazione della domanda cioè al 10/02/2024*)

Lavoratrice dipendente Lavoratrice autonoma

SE LAVORATRICE DIPENDENTE

Qualifica (operaia, impiegata, docente ...) _____

Ente o ditta presso cui è assunta _____

Sede di lavoro _____ Tel. _____

Orario di lavoro **da contratto** _____

MATTINO: dalle ore _____ alle ore _____ POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____

ALTRO TURNO: dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore sett.li _____ N. giorni lav. Sett.li _____

- Specificare nel caso di orari variabili e/o non definitivi e fornire un orario indicativo
- Nel caso di docenti indicare le ore **settimanali** frontali **di insegnamento** previste dal proprio contratto e quelle previste dalla cattedra completa (*esempio 14 / 24 per un part time a 14 ore nella scuola primaria*)

SE LAVORATRICE AUTONOMA O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:

Professione esercitata _____

Posizione occupata all'interno della ditta _____

Sede di lavoro _____

Orario di lavoro MATTINO _____ POMERIGGIO _____

N. giorni lavorativi settimanali _____ Totale ore settimanali (previste a contratto) _____

Ragione sociale e natura giuridica della ditta _____

Indirizzo _____

Anno di inizio attività _____ N. iscrizione CCIAA _____

Partita IVA _____

ANNOTAZIONI EVENTUALI

E) AFFIDABILITÀ AI NONNI

NONNI MATERNI

N.B. In caso di controlli può essere richiesta presentazione di documenti a conferma di quanto dichiarato

NONNO MATERNO deceduto? SI NO

Cognome e Nome _____ nato il _____

residente a _____ Via _____

Pensionato disoccupato Lavora a Tempo Pieno Lavora Part time per ____ ore/settimanali

Invalido superiore al 75% certif. L.104 (*Presentare copia della certificazione rilasciata dalla Commissione*)

Denominazione Ditta _____ Sede ditta _____

NONNA MATERNA deceduta? SI NO

Cognome e Nome _____ nata il _____

residente a _____ Via _____

Pensionata disoccupata Lavora a Tempo Pieno Lavora Part time per ____ ore/settimanali

Invalida superiore al 75% certif. L.104 (*Presentare copia della certificazione rilasciata dalla Commissione*)

Denominazione Ditta _____ Sede _____

- Il/la nonno/a materno/a accudisce (*cancellare l'articolo e la vocale finale che individuano il genere non pertinenti*)
 il coniuge e/o un parente convivente (*scrivere cognome nome e grado di parentela*) _____
_____ con invalidità pari e superiore al (*indicare percentuale*) _____

NONNI PATERNI

N.B. In caso di controlli può essere richiesta presentazione di documenti a conferma di quanto dichiarato

NONNO PATERNO deceduto? SI NO

Cognome e Nome _____ nato il _____

residente a _____ Via _____

- Pensionato disoccupato Lavora a Tempo Pieno Lavora Part time per ____ ore/settimanali
 Invalido superiore al 75% certif. L.104 (*Presentare copia della certificazione rilasciata dalla Commissione*)

Denominazione Ditta _____ Sede ditta _____

NONNA PATERNA deceduta? SI NO

Cognome e Nome _____ nata il _____

residente a _____ Via _____

- Pensionata disoccupata Lavora a Tempo Pieno Lavora Part time per ____ ore/settimanali
 Invalida superiore al 75% certif. L.104 (*Presentare copia della certificazione rilasciata dalla Commissione*)

Denominazione Ditta _____ Sede _____

- Il/la nonno/a materno/a accudisce (*cancellare l'articolo e la vocale finale che individuano il genere non pertinenti*)
 il coniuge e/o un parente convivente (*scrivere cognome nome e grado di parentela*) _____
_____ con invalidità pari e superiore al (*indicare percentuale*) _____

La documentazione esplicitamente richiesta (*in particolare per le certificazioni attestanti il grado di invalidità*)
devono essere consegnate in apposita busta che verrà chiusa alla presenza dell'incaricato della raccolta
NON ALLEGARE ULTERIORI INFORMAZIONI PERSONALI SU CONDIZIONI, ESIGENZE, O PROBLEMI CHE NON
ABBIANO ATTINENZA CON I CRITERI PREVISTI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

NB: IN ORDINE ALLE DICHIARAZIONI RESE POTRANNO ESSERE EFFETTUATI I CONTROLLI PREVISTI DAL D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

ATTENZIONE!!!

- I documenti dovranno essere firmati in ufficio davanti all'incaricato della raccolta
- Nel caso la domanda sia spedita o consegnata da altri, si dovrà allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento valido di chi ha firmato.

Albinea _____
(data)

(firma)

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della "Informativa EX ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, per il trattamento dei dati personali di alunni e familiari", presente sul sito dell'Istituto Comprensivo (pagina "Iscrizioni" e pagina "GDPR") e disponibile in formato cartaceo presso la segreteria dell'Istituto.

Luogo e Data _____

Firma _____