MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis"
21052 BUSTO ARSIZIO (VA) - VIA PASTRENGO, 3 - Telefono 0331.683427
E-mail: vaic85900r@istruzione.it - PEC: vaic85900r@pec.istruzione.it – www.icdeamicis.edu.it
C.F. 81009170127 – C.M. VAIC85900R

Anno scolastico 2026/2027 MODULO 2

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA "C. COLLODI"

_l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____

prov. _____ stato estero_____

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ genitore/esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario

del_ bambin_ _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

SCUOLA DELL'INFANZIA SCELTA	
Denominazione scuola dell'infanzia	**Indirizzo scuola dell'infanzia**
SCUOLA DELL'INFANZIA "C. COLLODI"	VIA BONSIGNORA, 21052-BUSTO ARSIZIO

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali previste dalla vigente normativa in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti della L.15/68 e del DPR 445/2000

DICHIARA che:

☐ _ l_ propri_ figli_ _____
(cognome nome del bambino)

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nat_ a_____ il _____

è residente a _____Via _____n._____

è cittadino italiano ☐ o di un altro paese: _____

ha una disabilità SI ☐ NO ☐

☐ **DI AVERE PRESO VISIONE DEL PTOF (Piano Triennale Offerta Formativa) e degli orari della scuola**

chiede di avvalersi:

☐ dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile 2024**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che **compiono tre anni entro il 31 dicembre 2026**.

Fornisce inoltre le seguenti informazioni:

A) durante l'anno scolastico 2025/26 il figlio/a ha frequentato _____

B) recapiti durante le ore di permanenza a scuola:

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis"
21052 BUSTO ARSIZIO (VA) - VIA PASTRENGO, 3 - Telefono 0331.683427
E-mail: vaic85900r@istruzione.it - PEC: vaic85900r@pec.istruzione.it – www.icdeamicis.edu.it
C.F. 81009170127 – C.M. VAIC85900R

tel. genitore 1 - _____ tel .genitore 2 – _____

email genitore 1 _____

email genitore 2 _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A chiede i seguenti servizi aggiuntivi:

POST- SCUOLA

Nel caso di attivazione dei servizi aggiuntivi POST SCUOLA sopra elencati, alle famiglie verrà richiesta una quota di frequenza mensile da parte dell'ufficio della Pubblica Istruzione.
L'ammissione è a carico di ogni singola scuola e le Direzioni si riserveranno di confermare e comunicare eventuali modifiche all'orario di funzionamento della scuola e dei servizi.
La modalità ed i termini per l'iscrizione ai servizi aggiuntivi verranno successivamente pubblicate sul sito del comune di Busto Arsizio.

DICHIARA INOLTRE CHE LA PROPRIA SITUAZIONE FAMILIARE E' LA SEGUENTE:

COGNOME E NOME Luogo e data di nascita	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE	DITTA/ENTE DATORE DI LAVORO O SCUOLA DI FREQUENZA

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa ai dati sopra esposti.

MODULO PER IL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA PER L'ANNO SCOLASTICO 2026/2027

ALUNNO/A _____

CLASSE _____ SEZIONE _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità dell'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (Art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta all'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce.

O Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
O Scelta di **NON** avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- del bambino:
O Una foto tessera recente;
O Copia della certificazione delle vaccinazioni rilasciata dall'Azienda sanitaria di competenza territoriale;
O Fotocopia del codice fiscale.

- del genitore o tutore che compila la domanda:
O Fotocopia carta d'identità di entrambi i genitori
O Fotocopia codice fiscale di entrambi i genitori

Si precisa che le richieste di iscrizione NON saranno considerate valide in mancanza di uno o più documenti sopra indicati.

Il/LA SOTTOSCRITTO/A GENITORE DICHIARA INOLTRE DI:
di aver ricevuto l'informativa, di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016.

LE ISCRIZIONI SONO APERTE DAL GIORNO 13 GENNAIO AL GIORNO 14 FEBBRAIO 2026.

LE DOMANDE VANNO CONSEGNATE:

-PER LE SCUOLE DELL'INFANZIA COMUNALI TRAMITE MAIL ALL'INDIRIZZO protocollo@comune.bustoarsizio.va.legalmail.it.

-PER LE SCUOLE DELL'INFANZIA STATALI SECONDO LE MODALITA' PREVISTE DAI SINGOLI ISTITUTI COMPRENSIVI

(Per informazioni e assistenza alla compilazione ci si potrà rivolgere alla segreteria dell'istituto comprensivo della scuola dell'infanzia scelta ed all' U.O. Servizi Educativi del Comune di Busto Arsizio in Via Alberto da Giussano,12 (e-mail: pubblicaistruzione@comune.bustoarsizio.va.it – telefono: 0331 390263-358).

DATA_____

FIRMA* _____ _____

* Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia condivisa.

Da compilare solo nel caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data_____ Firma_____