

genitore - tel. _____ genitore - tel. _____

persona di fiducia _____ tel. _____

email _____

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

O PRE- SCUOLA
O POST- SCUOLA

Nel caso di attivazione dei servizi aggiuntivi PRE/POST SCUOLA sopra elencati, alle famiglie verrà richiesta una quota di frequenza mensile.

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.

- | |
|--|
| <input type="radio"/> Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica |
| <input type="radio"/> Scelta di NON avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica |

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- del bambino:

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

- del genitore o tutore che compila la domanda:

- Fotocopia carta d'identità di entrambi i genitori
- 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.

II/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 COMPRESIVI

(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/riciesta 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 _____