



**ASSOCIAZIONE MATERNA  
"SAN DOMENICO"**  
Piazza S. Giovanni, 8 – 12084 Mondovì  
0174 40819 [info@maternasandomenico.it](mailto:info@maternasandomenico.it)  
San Domenico 0174 40819 \*\*\*\* Maria Immacolata 0174 42701



## CONFERMA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R 445/2000

**Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia:**

☐ **San Domenico**

☐

**Maria Immacolata**

### DATI ANAGRAFICI ALUNNO/A

Cognome: _____	Nome: _____
Nato a: _____	Il: _____
Residente a: _____	Via/Piazza: _____

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017

SI ☐

NO ☐

NOTA: allegare documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione, l'esonero, il differimento o la copia della prenotazione vaccinale.

### DATI ANAGRAFICI PADRE (o tutore legale)

Cognome: _____	Nome: _____
Telefono: _____	e-mail: _____

Altri recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI MADRE (o tutrice legale)

Cognome: _____	Nome: _____
Telefono: _____	e-mail: _____

Altri recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI FRATELLI-SORELLE-CONVIVENTI

Cognome e nome:	Luogo di nascita:	Data di nascita:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**ASSOCIAZIONE MATERNA  
"SAN DOMENICO"**

Piazza S. Giovanni, 8 – 12084 Mondovì  
0174 40819 [info@maternasandomenico.it](mailto:info@maternasandomenico.it)  
San Domenico 0174 40819 \*\*\*\* Maria Immacolata 0174 42701



**SERVIZIO PROLUNGAMENTO ORARIO**

Richiesta di SERVIZIO DI PROLUNGAMENTO ORARIO:

Ore 16,15 – 18,00

☐

SI

☐

NO

**DIETE ALIMENTARI**

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

☐

SI (\*\*) \_\_\_\_\_

☐

NO

(\*\*) Allegare copia Certificato medico

Altre ALLERGIE/PATOLOGIE da segnalare: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

- Dichiarano di aver ricevuto l'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (*ALL.1*) e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- Dichiarano di essere consapevole delle finalità educative della nostra scuola paritaria avendo preso visione di P.E. e P.T.O.F. e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno (*ALL.2*).
- Dichiarano di condividere il progetto educativo ispirato ai valori cristiani della vita; di essere consapevoli che l'I.R.C. (Insegnamento Religione Cattolica) è parte integrante del progetto educativo di questa scuola paritaria cattolica e rappresenta un aspetto culturale irrinunciabile per la formazione della persona nel rispetto degli alunni di diverse culture, e di scegliere che il proprio figlio si avvalga dell'insegnamento della religione cattolica svolto secondo le modalità previste dalla normativa e nel pieno rispetto della libertà di coscienza di ciascun bambino.
- Dichiarano di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia (*ALL.3*) e di accettarne il contenuto.
- Dichiarano di aver ricevuto modulo per Autorizzazioni e Deleghe (*ALL.4*).

**LUOGO E DATA:** \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

\_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

\_\_\_\_\_



**ASSOCIAZIONE MATERNA  
"SAN DOMENICO"**  
Piazza S. Giovanni, 8 – 12084 Mondovì  
0174 40819 [info@maternasandomenico.it](mailto:info@maternasandomenico.it)  
San Domenico 0174 40819 \*\*\*\* Maria Immacolata 0174 42701



Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R. 445/2000

## **RICHIESTA DATI PER DICHIARAZIONE PAGAMENTO RETTE 2026**

Con la presente si richiedono i dati dell'alunno frequentante e del/dei soggetti pagatori genitore/i destinatari delle detrazioni.

### **DATI ANAGRAFICI ALUNNO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Scuola frequentata \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

### **DATI ANAGRAFICI SOGGETTO/I PAGATORI (padre o madre o tutore legale)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
=====

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

NOTA: nella dichiarazione verranno conteggiati solo pagamenti tracciati a mezzo bonifico bancario al netto di eventuali rimborsi e provenienti solo dai soggetti destinatari delle detrazioni

**Desidero ricevere la dichiarazione via mail**      **SI'** ☐      **NO** ☐

**DA RESTITUIRE A SCUOLA COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**

Mondovì, \_\_\_\_\_

Firma del genitore  
\_\_\_\_\_