



**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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 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 RESPONSABILITÀ

- Dichiariano di aver ricevuto l'informatica 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.
- Dichiariano 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).
- Dichiariano 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.
- Dichiariano di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia (ALL.3) e di accettarne il contenuto.
- Dichiariano 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