



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



## DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2025/2026

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: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale(\*): \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_  
(\* Allegare copia Codice Fiscale)  
Residente a: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
Altro: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_  
(indicare se diverso da \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
alunno/a)  
Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Altri recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI MADRE (o tutrice legale)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_  
(indicare se diverso da \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
alunno/a)  
Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Altri recapiti telefonici: \_\_\_\_\_



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



## 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  SÌ  NO

### DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI  SÌ (\*\*) \_\_\_\_\_  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 non aver presentato analoga domanda presso altra scuola statale o non statale.
- 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 \_\_\_\_\_