

**MODULO AGGIUNTIVO ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE PRIMA
DELLA SCUOLA PRIMARIA A.S. 2024-25
DA COMPILARE PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
PER L'AMMISSIONE AL TEMPO PIENO (40 h. settimanali) SCUOLA "M. POLO"**

Dichiarazioni sostitutive di certificazioni e/o dell'atto di notorietà (D.P.R. 445 del 28/12/2000 artt. 46-47)

Il sottoscritto _____ (padre - madre o chi esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci., dichiara quanto di seguito:

ALUNNO/A _____

COMPOSIZIONE E SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta negativa specificare la situazione		
Affido congiunto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se l'affido non è congiunto bisogna perfezionare la domanda di iscrizione presso la scuola entro l'avvio del nuovo anno scolastico		
Bambino riconosciuto da un solo genitore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altro(specificare)	_____	

◆ **FRATELLI E SORELLE** SI NO

se sì:	cognome e nome	data di nascita	scolarizzato		Scuola/plesso	Cl/sez
			SI	NO		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Alunno diversamente abile SI NO

☞ In caso affermativo è richiesta la certificazione medica rilasciata dalla commissione medica preposta.

◆ Vi sono casi di infermità grave o cronica dei genitori o dei fratelli? (Invalidità superiore ai 2/3 o ai sensi della L. 104) SI NO

Se sì, indicare il nome _____

☞ Presentare certificazione rilasciata dalla commissione medica preposta.

☞ La situazione familiare è PARTICOLARE ed è conosciuta/seguita dai servizi sociali ? SI NO
In caso affermativo, allegare alla presente la documentazione dei Servizi Sociali.

PADRE

Cognome e Nome

nato a

il

Codice Fiscale

CONDIZIONE PROFESSIONALE**N.B.:** VANNO DICHIARATE SOLO SITUAZIONI IN ATTO ALLA DATA DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (10/02/2024)

Lavoratore dipendente

Lavoratore autonomo

Altro

SE LAVORATORE DIPENDENTE:

Qualifica (operaio, impiegato, infermiere, quadro, dirigente, ...)

Ente, ditta o agenzia di lavoro
interinale presso cui è assunto

Sede di lavoro

Tel.

Lavoratore senza sede fissa: O distanza entro i 40 Km O distanza oltre i 41 Km**Orario di lavoro da contratto (non devono essere indicate le ore di straordinario):**

MATTINO dalle ore _____ alle ore _____	POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____
ALTRO TURNO dalle ore _____	alle ore _____
Totale ore lavorative settimanali n. _____	N. giorni lavorativi settimanali _____ di cui N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____

- Nel caso di orari variabili non definiti, specificare il caso e fornire un orario indicativo.
- Nel caso di docenti: indicare le ore settimanali lavorative di insegnamento frontale.
- Le distanze tra abitazione e sede di lavoro sono definite utilizzando Google Maps, prendendo in considerazione il percorso più breve in termini di distanza, escludendo la tratta autostradale.

SE LAVORATORE AUTONOMO O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:

Professione esercitata

Posizione occupata all'interno della ditta

Sede di lavoro

Lavoratore senza sede fissa: O distanza entro i 40 Km O distanza oltre i 41 Km**Orario di lavoro:**

MATTINO dalle ore _____ alle ore _____	POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____
ALTRO TURNO dalle ore _____	alle ore _____
Totale ore lavorative settimanali n. _____	N. giorni lavorativi settimanali _____ di cui N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____

Ragione sociale e natura giuridica della ditta

Indirizzo

Tel.

Anno di inizio attività

N. iscrizione CCIAA

Partita IVA

MADRE

Cognome e Nome

nata a

il

Codice Fiscale

CONDIZIONE PROFESSIONALE**N.B. : VANNO DICHIARATE SOLO SITUAZIONI IN ATTO ALLA DATA DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (10/02/2024)**

Lavoratrice dipendente

Lavoratrice autonoma

Altro

SE LAVORATRICE DIPENDENTE:

Qualifica (operaia, impiegata, infermiera, quadro, dirigente, ...)

Ente, ditta o agenzia di lavoro
interinale presso cui è assunta

Sede di lavoro

Tel.

Lavoratrice senza sede fissa: O distanza entro i 40 Km O distanza oltre i 41 KmOrario di lavoro da contratto (non devono essere indicate le ore di straordinario):

MATTINO dalle ore _____ alle ore _____	POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____
ALTRO TURNO dalle ore _____	alle ore _____
Totale ore lavorative settimanali n. _____	N. giorni lavorativi settimanali _____ di cui N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____

- Nel caso di orari variabili non definiti, specificare il caso e fornire un orario indicativo.
- Nel caso di docenti: indicare le ore settimanali lavorative di insegnamento frontale.
- Le distanze tra abitazione e sede di lavoro sono definite utilizzando Google Maps, prendendo in considerazione il percorso più breve in termini di distanza, escludendo la tratta autostradale

SE LAVORATRICE AUTONOMA O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:

Professione esercitata

Posizione occupata all'interno della ditta

Sede di lavoro

Lavoratore senza sede fissa: O distanza entro i 40 Km O distanza oltre i 41 Km

Orario di lavoro:

MATTINO dalle ore _____ alle ore _____	POMERIGGIO dalle ore _____ alle ore _____
ALTRO TURNO dalle ore _____	alle ore _____
Totale ore lavorative settimanali n. _____	N. giorni lavorativi settimanali _____ di cui N. pomeriggi lavorativi oltre le ore 14,00 _____

Ragione sociale e natura giuridica della
ditta

Indirizzo

Tel.

Anno di inizio attività

N. iscrizione CCIAA

Partita IVA

NONNI MATERNI

N.B.: in caso di controlli può essere richiesta presentazione di documenti a conferma di quanto autodichiarato.

◆ NONNO MATERNO

deceduto? SI NO

Cognome e nome _____

nato il _____

residente a _____

in via _____

Pensionato o
disoccupato

lavoratore dipendente o
autonomo
a TEMPO PIENO

lavoratore dipendente o
autonomo
a PART - TIME

Invalido superiore ai
2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____

sede _____

*  Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta

◆ NONNA MATERNA

deceduta? SI NO

Cognome e nome _____

nata il _____

residente a _____

in via _____

Pensionata o
disoccupata

lavoratrice dipendente o
autonoma
a TEMPO PIENO

lavoratrice dipendente o
autonoma
a PART - TIME

Invalido superiore ai
2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____

sede _____

*  Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta

ANNOTAZIONI EVENTUALI

NONNI PATERNI**◆ NONNO PATERNO**

deceduto? SI NO

Cognome e nome _____

nato il _____ residente a _____ in via _____

Pensionato o
disoccupatolavoratore dipendente o
autonomo
a TEMPO PIENOlavoratore dipendente o
autonomo
a PART-TIMEInvalido superiore ai
2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____ sede _____

*  Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta**◆ NONNA PATERNA**

deceduta? SI NO

Cognome e nome _____

nata il _____ residente a _____ in via _____

Pensionata o
disoccupatalavoratrice dipendente o
autonoma
a TEMPO PIENOlavoratrice dipendente o
autonoma
a PART-TIMEInvalido superiore ai
2/3 o certif. L. 104 *

Denominazione Ditta _____ sede _____

*  Presentare certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica preposta**ANNOTAZIONI EVENTUALI**

**ULTERIORI INFORMAZIONI SU CONDIZIONI, ESIGENZE, O PROBLEMI CHE RITENETE
OPPORTUNO SEGNALARE**

Si dichiara di aver fornito i dati funzionali alla scelta nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale (decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154)

Rubiera _____

Firma di autocertificazione (D.P.R 28/12/2000 n. 445)

➤ **LA TABELLA DI VALUTAZIONE DEI TITOLI PER L'ACCESSO ALLA CLASSE 1^ DI TEMPO PIENO E' RINVENIBILE SUL SITO DELL'ISTITUTO : www.icrubiera.edu.it**

N.B. IN ORDINE ALLE DICHIARAZIONI RESE POTRANNO ESSERE EFFETTUATI I CONTROLLI E /O LE REGOLARIZZAZIONI PREVISTI DAL D.P.R n. 445 del 28/12/2000.

➤ *Il sottoscritto è consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza solo ed unicamente per i propri fini istituzionali. (D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196)*

Data _____

Firma _____

➤ Per qualsiasi chiarimento o informazione, rivolgersi alla segreteria dell'Istituto Comprensivo : tel. 0522/626265