



Via Fratelli Pagani, 13 – Cividino  
24060 Castelli Calepio  
Tel. 030.732874  
Email: [maternacividino@virgilio.it](mailto:maternacividino@virgilio.it)  
C.F.: 80007290168 – P.IVA: 01755120167  
[www.parcocchiacividinoquintano.com](http://www.parcocchiacividinoquintano.com)

## DOMANDA DI ISCRIZIONE PER LA FREQUENZA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA ANNO SCOLASTICO 2024/2025

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

in qualità di  genitore/esercente la responsabilità genitoriale  tutore  affidatario

### CHIEDE

l'iscrizione del \_\_bambin\_\_ \_\_\_\_\_  M  F

(cognome e nome)

a codesta scuola dell'infanzia per l'anno scolastico **2024/2025**

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità di dichiarazione non corrispondente al vero, che

\_l\_ bambin\_\_ \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

(codice fiscale)

- è nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

- è cittadino:  italiano  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

il domicilio, se diverso dalla residenza, è a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapito telefonico *madre* \_\_\_\_\_ recapito telefonico *padre* \_\_\_\_\_

altro recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

che è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie.