



Via Fratelli Pagani, 13 – Cividino
24060 Castelli Calepio
Tel. 030.732874
Email: maternacividino@virgilio.it
C.F.: 80007290168 – P.IVA: 01755120167
www.parrocchiacividinoquintano.com

**DOMANDA DI CONFERMA PER LA FREQUENZA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA
ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

l sottoscritt_

(cognome e nome)

in qualità di ☐ genitore/esercitante la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario

CHIEDE

l'iscrizione del__ bambin_ ☐ M ☐ F

(cognome e nome)

a codesta scuola dell'infanzia per l'anno scolastico **2025/2026**

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.