

SCUOLA PRIMARIA PARIFICATA PARITARIA "SUORE STIGMATINE"

Piazza S. Agostino, 5 – 52100 Arezzo – email: stigmatine@libero.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE A. S. 20 - 20

.....sottoscritto/a.....padre/madre/tutore

Dell'alunno/a.....

(nome e cognome)

Proveniente dalla Scuola.....di.....

CHIEDE L'ISCRIZIONE

Dello/a stesso/a alla **SCUOLA PRIMARIA PARIFICATA PARITARIA "SUORE STIGMATINE"**

per l'anno scolastico 20 - 20

A tal fine, in base alle norme dello snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA

Che l'alunno/a.....

(cognome e nome)

.....

(codice fiscale)

È nato/a a.....il.....è cittadino.....

È residente a..... (Prov.).....in Via/Piazza.....

Telefono..... Cell.

La propria famiglia è composta da:

| Cognome e nome | Nato/a a | Il | Grado di parentela |
|----------------|----------|----|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Dichiara inoltre che il/la proprio/a figlio/a è in regola/non è in regola con le vaccinazioni.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Reg. UE 679/2016 del Consiglio Europeo, 27/04/2016). I dati vengono acquisiti in conformità all'art. 13. Si potrà accedere ad essi avvalendosi dell'art.15