

**MODULO AGGIUNTIVO ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE PRIMA  
DELLA SCUOLA PRIMARIA A.S. 2014-2015  
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? Coniugati/Conviventi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
In caso di risposta negativa specificare la situazione (separazione, divorzio o altro)		
Affido congiunto    SI                      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    SI    NO		
Altro(specificare) _____		

♦ **FRATELLI E SORELLE**     SI     NO

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

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  
(28/02/2014)

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.

(indicare se soggetto a spostamenti continui dalla sede legale di lavoro)

**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.

**SE LAVORATORE AUTONOMO O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:**

Professione esercitata

Posizione occupata all'interno della ditta

Sede di lavoro

**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.  
(28/02/2014)

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.

*(indicare se soggetta a spostamenti continui dalla sede legale di lavoro)*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.

**SE LAVORATRICE AUTONOMA O COADIUVANTE IN AZIENDA FAMILIARE:**

Professione esercitata

Posizione occupata all'interno della ditta

Sede di lavoro

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

Il nonno/a \_\_\_\_\_ accudisce \_\_\_\_\_ che è

coniuge e/o parente convivente con invalidità pari a \_\_\_\_\_ (indicare percentuale)

### 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**

Il nonno/a \_\_\_\_\_ accudisce \_\_\_\_\_ che è

 coniuge e/o parente convivente con invalidità pari a \_\_\_\_\_ (indicare percentuale)**ANNOTAZIONI EVENTUALI**


---



---



---



---

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

---



---

Rubiera \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione (D.P.R 28/12/2000 n. 445 ) da  
sottoscrivere al momento della presentazione della domanda  
all'impiegato della scuola)

