

**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?<br>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 _____<br>di cui<br>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 _____<br>di cui<br>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 _____<br>di cui<br>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 _____<br>di cui<br>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)

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

**ORARIO :**

- dal lunedì al venerdì                      dalle ore 7,40 alle ore 9,30  
   dalle ore 12.00 alle ore 13,15
- sabato    dalle ore 10.00 alle ore 13,15
- martedì pomeriggio                      dalle ore 15.00 alle ore 17,45