



**ISTITUTO BEATA VERGINE**  
**Scuola dell'Infanzia Paritaria**  
Via di Scorcola, 7 – 34134 TRIESTE

Codice Meccanografico TS1A00900V

Tel. 040 369548

E Mail [segreteria@istitutobeatavergine.org](mailto:segreteria@istitutobeatavergine.org)

Foto  
tessera

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di  padre  madre  tutore

dell'alunn \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'iscrizione del\_ bambin\_ a codesta scuola dell'Infanzia per l'Anno Scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_.

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

- l'alunn \_\_\_\_\_ è nat\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) – cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

Telefono (casa) \_\_\_\_\_ cellulare M. \_\_\_\_\_ cellulare P. \_\_\_\_\_

Indirizzi E Mail per comunicazioni: \_\_\_\_\_

- la propria famiglia convivente è composta da:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Grado di parentela

- è stat\_ sottopost\_ alle vaccinazioni obbligatorie [**ALLEGARE IL CERTIFICATO AGGIORNATO**]

- la famiglia si impegna a versare la quota di iscrizione e il contributo di frequenza richiesto.

**Con la sottoscrizione della presente domanda dichiara inoltre di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati forniti esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali e sensibili.**

Trieste, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma