



Viale Cavalieri di Vittorio Veneto, 1 – 66032 Castel Frentano (CH) Tel. 0872 559108 – 0872 559109

Distretto n.10 Chieti - C.F. 90015770697 Codice Meccanografico: chic81400n -

Email: chic81400n@istruzione.it

DOMANDA DI RICONFERMA alla Scuola dell' Infanzia Statale

Al Dirigente scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTEL FRENTANO (CH)

I sottoscritt_ _____ nato a _____
(cognome e nome)

Prov.(_____) il _____ in qualità di padre madre tutore

CHIEDE

La riconferma del__ bambin_ _____

nato a _____ il _____ tel. abitazione _____ tel. cellulare _____

a codesta scuola dell'infanzia _____
(denominazione della scuola)

per l'a.s. **2024-2025**

chiede di avvalersi di:

- orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali **oppure**
- orario ridotto delle attività educative con svolgimento nella fascia del mattino
- dell'entrata anticipata alle ore _____
- dell'uscita posticipata alle ore _____

Dichiaro di essere disponibile a ricevere comunicazioni tramite posta elettronica al seguente indirizzo e-mail _____

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

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 (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data _____

firma di entrambi i genitori _____

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.