

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S.2026/2027**

La domanda contiene dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto di notorietà rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445 (disposizioni legislative e regolamentari sulla documentazione amministrativa)

**Alla SCUOLA MATERNA PARROCCHIALE – Strada Ciriè 4 – 10070 San Carlo C.se Tel. 0118017337 cell 3755508928**

**La persona sottoscritta**

**DICHIARA**

*(Segnare con X la risposta)*

| SEZ 1                                                           |  |  |  |                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|--|--|--|
| DATI RICHIEDENTE                                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| (persona che esercita la responsabilità genitoriale)            |  |  |  |                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| relazione con bambino/a                                         |  |  |  | <input type="checkbox"/> madre |  |  |  | <input type="checkbox"/> padre |  |  |  | <input type="checkbox"/> persona affidataria |  |  |  | <input type="checkbox"/> persona tutrice |  |  |  |
| cognome                                                         |  |  |  |                                |  |  |  | nome                           |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| nato/a il                                                       |  |  |  | comune di nascita              |  |  |  |                                |  |  |  | prov.                                        |  |  |  |                                          |  |  |  |
| stato di nascita                                                |  |  |  | cittadinanza                   |  |  |  | stato civile                   |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| comune di residenza                                             |  |  |  |                                |  |  |  | prov. resid.                   |  |  |  | CAP                                          |  |  |  |                                          |  |  |  |
| indirizzo residenza                                             |  |  |  |                                |  |  |  | tel.                           |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| e-mail                                                          |  |  |  |                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| eventuale indirizzo domicilio (solo se diverso dalla residenza) |  |  |  |                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |
| comune del domicilio                                            |  |  |  |                                |  |  |  | prov. domic.                   |  |  |  | CAP                                          |  |  |  |                                          |  |  |  |
| codice fiscale                                                  |  |  |  |                                |  |  |  |                                |  |  |  |                                              |  |  |  |                                          |  |  |  |

| SEZ 2                       |  |                       |  |                             |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
|-----------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|----------------------------|--|
| DATI BAMBINA/O DA ISCRIVERE |  |                       |  |                             |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| cognome                     |  |                       |  |                             |  |  |  | nome                        |  |  |  |  |  |  |  | F <input type="checkbox"/> |  | M <input type="checkbox"/> |  |
| nata/o il                   |  |                       |  | comune di nascita           |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| prov.                       |  |                       |  | stato di nascita            |  |  |  | cittadinanza                |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| comune di residenza         |  |                       |  |                             |  |  |  | prov.                       |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| indirizzo di residenza      |  |                       |  |                             |  |  |  | CAP                         |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| codice fiscale              |  |                       |  |                             |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| frequenta un nido           |  |                       |  | sì <input type="checkbox"/> |  |  |  | no <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |
| se sì                       |  | indicare quale: _____ |  |                             |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |                            |  |                            |  |

| SEZ 3                                            |                      |                                                 |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| DOMANDE PRESENTATE IN ALTRE SCUOLE DELL'INFANZIA |                      |                                                 |
|                                                  | denominazione scuola | indirizzo scuola comunale/statale/convenzionata |
| 1°                                               |                      |                                                 |
| 2°                                               |                      |                                                 |
| 3°                                               |                      |                                                 |
| 4°                                               |                      |                                                 |
| 5°                                               |                      |                                                 |

| SEZ 4                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DISABILITÀ                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| il bambino/la bambina per cui si presenta domanda ha una disabilità |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>             |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| se sì                                                               | vengono allegati, in busta chiusa indirizzata alla direzione della scuola, il profilo descrittivo di funzionamento o la diagnosi funzionale - rilasciati dal servizio di Neuro Psichiatria Infantile – e il certificato INPS di riconoscimento dell'handicap. |

| SEZ 5                                     |                                                                                                       | DISAGIO SOCIALE             |                             |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| la famiglia è seguita dai Servizi Sociali |                                                                                                       | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                     | nominativo dell'Assistente Sociale _____<br>Servizio in cui opera _____<br>indirizzo _____ tel. _____ |                             |                             |

  

| SEZ 6                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                    | GRAVI PROBLEMI DI SALUTE    |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| la bambina/il bambino per cui si presenta domanda ha gravi problemi di salute                      |                                                                                                                                                                                                                    | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| una persona presente nello stato di famiglia della bambina/del bambino ha gravi problemi di salute |                                                                                                                                                                                                                    | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| grado di parentela con la bambina/il bambino _____                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |                             |                             |
| se sì                                                                                              | vengono allegati, in busta chiusa indirizzata alla direzione della scuola, certificati medici attestanti la grave patologia e lo stato di salute attuale della bambina/del bambino o di componenti della famiglia. |                             |                             |

  

| SEZ 7                                                    |                                                                                                                                                               | FREQUENZA ALTRA SCUOLA INFANZIA |                                                         |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------|
| il bambino/la bambina frequenta una scuola dell'infanzia |                                                                                                                                                               | sì <input type="checkbox"/>     | no <input type="checkbox"/>                             |
| se sì                                                    | indirizzo della scuola frequentata _____                                                                                                                      |                                 |                                                         |
| se no                                                    | ha frequentato una scuola dell'infanzia nell'anno scolastico 2025/26 e si è ritirato/a                                                                        |                                 | sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
|                                                          | (da compilare se la domanda è presentata dopo il 5 aprile 2026)<br>era iscritto/a in una scuola dell'infanzia per l'anno scolastico 2026/27 e si è ritirato/a |                                 |                                                         |
|                                                          |                                                                                                                                                               | sì <input type="checkbox"/>     | no <input type="checkbox"/>                             |

  

| SEZ 8                                           |                                                                                                            | TRASFERIMENTO               |                             |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| la domanda è presentata per cambio di residenza |                                                                                                            | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                           | data del cambio di residenza _____<br>indirizzo vecchia residenza _____<br>indirizzo nuova residenza _____ |                             |                             |

  

| SEZ 9A                                                                                                                                                                                                                                         |  | COABITAZIONE <sup>1</sup>           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Insieme al bambino/alla bambina:                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> coabitano entrambi i genitori<br>cognome e nome del genitore non dichiarante _____                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> coabita un solo genitore che è coniugato<br>cognome e nome del coniuge _____                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> coabita un solo genitore, che non è coniugato e convive con altra persona a cui è legato da vincolo affettivo costituendo unica famiglia anagrafica<br>cognome e nome della persona legata da vincolo affettivo _____ |  |                                     |  |
| <i>dati della persona sopra indicata</i>                                                                                                                                                                                                       |  |                                     |  |
| nato/a il _____                                                                                                                                                                                                                                |  | comune di nascita _____ prov. _____ |  |
| stato di nascita _____                                                                                                                                                                                                                         |  | cittadinanza _____                  |  |
| stato civile _____                                                                                                                                                                                                                             |  | comune residenza _____              |  |
| indirizzo residenza _____                                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |  |
| provincia _____                                                                                                                                                                                                                                |  | CAP _____ telefono _____            |  |

<sup>1</sup> Si intende "coabitante" chi è presente nello stesso stato di famiglia o chi, pur non risultando nello stesso stato di famiglia, di fatto abita con il bambino/la bambina da iscrivere.

## SEZ 9B

**COABITAZIONE CON UN SOLO GENITORE**  
 (compilare solo se non è stata compilata la sezione 9A)

Il genitore che coabita con la bambina/il bambino è solo in quanto:

- ☐ l'altro genitore è deceduto
- ☐ è nubile/celibe e con figlia/o non riconosciuta/o dall'altro genitore
- ☐ all'altro genitore è stata tolta la responsabilità genitoriale (con sentenza n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_)
- ☐ è nubile/celibe con figlia/o riconosciuta/o dall'altro genitore e non coabita con lei/lui
- ☐ ha divorziato (con sentenza n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_) e non coabita con il genitore della bambina/del bambino di cui si chiede l'iscrizione
- ☐ ha presentato istanza di separazione in data \_\_\_\_\_ al Tribunale di \_\_\_\_\_ Ruolo generale n° \_\_\_\_\_ e non coabita con il genitore della bambina/del bambino di cui si chiede l'iscrizione
- ☐ è persona legalmente separata (con sentenza n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_) e non coabita con il genitore della bambina/del bambino di cui si chiede l'iscrizione

**ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO**
**SEZ 10** (presenti nello stato di famiglia del bambino/della bambina o dei genitori affidatari o del tutore non indicate nelle precedenti sezioni)

|   |                                                               |                   |
|---|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | cognome                                                       | nome              |
|   | nato/a il                                                     | comune di nascita |
|   | prov.                                                         | stato di nascita  |
|   | relazione di parentela con il bambino/la bambina <sup>2</sup> |                   |
| 2 | cognome                                                       | nome              |
|   | nato/a il                                                     | comune di nascita |
|   | prov.                                                         | stato di nascita  |
|   | relazione di parentela con il bambino/il bambino <sup>2</sup> |                   |
| 3 | cognome                                                       | nome              |
|   | nato/a il                                                     | comune di nascita |
|   | relazione di parentela con il bambino/la bambina <sup>2</sup> |                   |
| 4 | cognome                                                       | nome              |
|   | nato/a il                                                     | comune di nascita |
|   | prov.                                                         | stato di nascita  |
|   | relazione di parentela con il bambino/la bambina <sup>2</sup> |                   |

**SEZ 11 PERSONE IN AFFIDAMENTO O IN TUTELA NON PRESENTI NELLO STATO DI FAMIGLIA<sup>3</sup>**

|   |                     |                   |
|---|---------------------|-------------------|
| 1 | cognome             | nome              |
|   | nata/o il           | comune di nascita |
|   | prov.               | stato di nascita  |
|   | comune di residenza | prov.             |
|   | indirizzo           | CAP.              |
| 2 | cognome             | nome              |
|   | nata/o il           | comune di nascita |
|   | prov.               | stato di nascita  |
|   | comune di residenza | prov.             |
|   | indirizzo           | CAP.              |

<sup>2</sup> Eventuali figli/e di persone affidatarie o della persona legata da vincolo affettivo (sez.10A), devono essere convenzionalmente indicati/e come "fratello" o "sorella".

<sup>3</sup> Se si richiede l'iscrizione per un bambino/una bambina in affidamento o in tutela, questa sezione non deve essere compilata perché è già stata compilata la sezione 2. Non devono essere indicati altri figli e/o figlie in affidamento condiviso, non presenti nello stato di famiglia del bambino/della bambina.

| SEZ 12                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                  | CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELLA PERSONA RICHIEDENTE |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Persona con contratto di lavoro dipendente o parasubordinato</b>                                                |                                                                                                                                                                                                  | sì <input type="checkbox"/>                        | no <input type="checkbox"/> |
| <i>se sì</i>                                                                                                       | azienda/società/ditta presso cui lavora _____<br>comune in cui lavora _____ prov. _____<br>indirizzo luogo di lavoro via/corso _____<br>eventuali turni distribuiti nell'arco delle 24 ore _____ |                                                    |                             |
| <b>Persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione</b>                                           |                                                                                                                                                                                                  | sì <input type="checkbox"/>                        | no <input type="checkbox"/> |
| <i>se sì</i>                                                                                                       | P.Iva/C. F. _____<br>comune in cui lavora _____<br>indirizzo luogo di lavoro: via/corso _____                                                                                                    |                                                    |                             |
| <b>Persona disoccupata (iscritta nelle liste immediata disponibilità al lavoro presso il Centro per l'impiego)</b> |                                                                                                                                                                                                  | sì <input type="checkbox"/>                        | no <input type="checkbox"/> |
| <i>se sì</i>                                                                                                       | Dichiarato al Centro per l'impiego del comune _____ prov. _____<br>via _____ in data _____                                                                                                       |                                                    |                             |
| <b>Persona disoccupata o non occupata che ha lavorato almeno 6 mesi nei precedenti 12</b>                          |                                                                                                                                                                                                  | sì <input type="checkbox"/>                        | no <input type="checkbox"/> |
| <i>se sì</i>                                                                                                       | 1. azienda/società/ditta presso cui ha lavorato o P.IVA per persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione                                                                    |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | _____                                                                                                                                                                                            |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | sede di lavoro: comune _____ indirizzo _____                                                                                                                                                     |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | periodo dal _____ al _____                                                                                                                                                                       |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | 1. azienda/società/ditta presso cui ha lavorato o P.IVA per persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione                                                                    |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | _____                                                                                                                                                                                            |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | sede di lavoro: comune _____ indirizzo _____                                                                                                                                                     |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | periodo dal _____ al _____                                                                                                                                                                       |                                                    |                             |
|                                                                                                                    | 1. azienda/società/ditta presso cui ha lavorato o P.IVA per persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione                                                                    |                                                    |                             |
| _____                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                             |
| sede di lavoro: comune _____ indirizzo _____                                                                       |                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                             |
| periodo dal _____ al _____                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                             |
| <b>studente</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  | sì <input type="checkbox"/>                        | no <input type="checkbox"/> |
| <i>se sì</i>                                                                                                       | denominazione scuola/istituto/università _____<br>tipo di corso _____                                                                                                                            |                                                    |                             |

| SEZ 13                                                                                                             |                                                                                                                                      | CONDIZIONE OCCUPAZIONALE                                                |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                                                                                                                    |                                                                                                                                      | ALTRO GENITORE/CONIUGE/PERSONA LEGATA DA VINCOLO AFFETTIVO <sup>4</sup> |                             |
| <b>Persona con contratto di lavoro dipendente o parasubordinato</b>                                                |                                                                                                                                      | sì <input type="checkbox"/>                                             | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                                                                                              | azienda/società/ditta presso cui lavora _____<br>comune in cui lavora _____ prov. _____<br>indirizzo luogo di lavoro via/corso _____ |                                                                         |                             |
| <b>Persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione</b>                                           |                                                                                                                                      | sì <input type="checkbox"/>                                             | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                                                                                              | P.IVA/C. F. _____<br>comune in cui lavora _____<br>indirizzo luogo di lavoro via/corso _____                                         |                                                                         |                             |
| <b>Persona disoccupata (iscritta nelle liste immediata disponibilità al lavoro presso il Centro per l'impiego)</b> |                                                                                                                                      | sì <input type="checkbox"/>                                             | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                                                                                              | dichiarato al Centro per l'impiego del comune di _____ prov. _____<br>via _____ in data _____                                        |                                                                         |                             |
| <b>Persona disoccupata o non occupata che ha lavorato almeno 6 mesi nei precedenti 12</b>                          |                                                                                                                                      | sì <input type="checkbox"/>                                             | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                                                                                              | 1. azienda/società/ditta presso cui ha lavorato o P.IVA per persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione        |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | _____                                                                                                                                |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | sede di lavoro: comune _____ indirizzo _____                                                                                         |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | periodo dal _____ al _____                                                                                                           |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | 1. azienda/società/ditta presso cui ha lavorato o P.IVA per persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione        |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | _____                                                                                                                                |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | sede di lavoro: comune _____ indirizzo _____                                                                                         |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | periodo dal _____ al _____                                                                                                           |                                                                         |                             |
|                                                                                                                    | 1. azienda/società/ditta presso cui ha lavorato o P.IVA per persona con lavoro autonomo, coadiuvante o con libera professione        |                                                                         |                             |
| _____                                                                                                              |                                                                                                                                      |                                                                         |                             |
| sede di lavoro: comune _____ indirizzo _____                                                                       |                                                                                                                                      |                                                                         |                             |
| periodo dal _____ al _____                                                                                         |                                                                                                                                      |                                                                         |                             |
| <b>studente</b>                                                                                                    |                                                                                                                                      | sì <input type="checkbox"/>                                             | no <input type="checkbox"/> |
| se sì                                                                                                              | denominazione scuola/istituto/università _____<br>tipo di corso _____                                                                |                                                                         |                             |

<sup>4</sup> S'intende la persona indicata nella sezione 9A: l'altro genitore coabitante o (se l'altro genitore non è coabitante) il coniuge della persona dichiarante non legalmente separata o persona legata da vincolo affettivo con la persona dichiarante. La sezione non deve essere compilata se è stata compilata la sezione 9B.

| SEZ 14                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    | SORELLE/FRATELLI FREQUENTANTI O ISCRITTI ALLA STESSA SCUOLA |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|
| Nell'anno scolastico 2025/2026 un figlio/una figlia sta frequentando la scuola a cui viene presentata domanda e sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br>continuerà la frequenza nell'anno scolastico 2026/2027 |                                                                                    |                                                             |  |
| Viene presentata la domanda di iscrizione per l'anno scolastico 2026/27 per più figli/e sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                                                                   |                                                                                    |                                                             |  |
| se sì                                                                                                                                                                                                                             | indicare cognome e nome dell'altro figlio/altra figlia _____ data di nascita _____ |                                                             |  |

| RECAPITI PER COMUNICAZIONI IN CASO DI NECESSITÀ            |      |
|------------------------------------------------------------|------|
| cognome                                                    | nome |
| tel                                                        | cell |
| eventuale relazione di parentela con la bambina/il bambino |      |
| cognome                                                    | nome |
| tel                                                        | cell |
| eventuale relazione di parentela con la bambina/il bambino |      |

*Firma*

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Firmare davanti al personale della scuola a cui viene consegnata la domanda<sup>5</sup>*

**La persona sottoscritta dichiara che, alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di responsabilità genitoriale (art. 316, 337 ter, 337 quater), la richiesta di iscrizione e la scelta delle scuole è stata condivisa dai genitori.**

**Allegare alla presente domanda, copia codice fiscale del bimbo iscritto.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_