



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA**

**Istituto Comprensivo Statale "Cruillas"
Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria
Scuola Secondaria di I Grado ad Indirizzo Musicale**



via Salerno, 19 - 90146 Palermo tel. 091-7297688/205466 fax 091-6854677
e-mail: paic8aa008@istruzione.it - paic8aa008@pec.istruzione.it sito web: www.iccruillas.edu.it
C.F. 97154310821

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. S. "CRUILLAS"
Palermo**

DOMANDA DI RICONFERMA ISCRIZIONE A.S. _____

Il / la sottoscritto/a _____ Padre Madre Tutore
(Cognome e Nome)

dell'alunno/a _____

CHIEDE

la riconferma dell'iscrizione dell' _ stess _

alla sezione ___ di Scuola dell'Infanzia

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_ _____ C.F. _____
(Cognome e Nome) (codice fiscale)

- è nato/a a _____ il _____
- è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____
- è residente a _____ (Prov.) _____ in via/piazza _____ n° _____
- Tel. Fisso _____ cellulare _____

Si autorizza la Scuola all'utilizzo dei dati personali in caso di infortunio

È in regola con le vaccinazioni obbligatorie; NON in regola con le vaccinazioni obbligatorie.

Palermo, li _____

Firma di entrambi i genitori

Padre _____

Madre _____