



**ISTITUTO COMPRENSIVO
DI MONTECORVINO PUGLIANO**

AUTONOMIA 114 – C.M.: SAIC86200P - CF: 95021480652 - Codice univoco fatt. UFPJC2
Via A. D'Ajutolo n. 13 – 84090 Montecorvino Pugliano (SA)
Segreteria Tel. 089/801590 - Fax 089/802035
E-mail: saic86200p@istruzione.it - Posta certificata: saic86200p@pec.istruzione.it
Sito internet : www.icpugliano.edu.it



**DOMANDA DI RICONFERMA ALLA FREQUENZA
SCUOLA DELL'INFANZIA**

1 sottoscritt _____ in qualità di padre madre tutore

CHIEDE

La **RICONFERMA** del __ bambino/a _____

a codesta scuola dell'infanzia per l'A.S. 2024-2025

PLESSO CAPOLUOGO S. TECLA S. VITO BIVIO PRATOLE

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
- servizio mensa
- servizio trasporto di competenza del Comune
- avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica si no

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

dichiara che

- _1_ bambino/a _____

- è nato/a a _____ il _____

- è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____

- è residente a _____ (prov.) _____

Via/piazza _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

***INDIRIZZO EMAIL OBBLIGATORIO** _____

- la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Data _____ firma _____

***SI PREGA VOLER COMUNICARE IL RECAPITO TEL.º INDIRIZZO EMAIL SE CAMBIATO**