



**Direzione Generale  
Affari Internazionali**

**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"LUIGI DENZA - C.MARE 4"**  
80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto  
tel.: 081/8701043  
email: [NAIC847006@istruzione.it](mailto:NAIC847006@istruzione.it)  
P.E.C. [naic847006@pec.istruzione.it](mailto:naic847006@pec.istruzione.it)  
Codice Meccanografico **NAIC847006**  
C.F. **82009060631**



**UNIONE EUROPEA**  
**Fondo Sociale Europeo**

**Scuola Primaria a.s. 2026/2027**

## **GENITORE/TUTORE CHE EFFETTUA ISCRIZIONE**

Cognome..... Nome.....

Nata a.....il.....cittadinanza.....prov.....

Comune o Stato Estero di nascita.....

Sesso ..... Codice fiscale.....

Comune e indirizzo di residenza.....

Telefono:..... Tel cellulare:.....

Domicilio se diverso dalla residenza.....

Indirizzo di posta elettronica (in stampatello).....(OBBLIGATORIO)

Divorziato/separato (si) (no) affido congiunto (si) (no)

## ALUNNO/A

Cognome..... Nome.....

Nato a....., il..... cittadinanza..... prov.....

Comune o Stato Estero di nascita.....

Sesso ..... Codice fiscale.....

Comune e indirizzo di residenza.....

Domicilio se diverso dalla residenza.....

Scuola provenienza.....

## **SCELTA DEL PLESSO:**

DENZA:

## ANNUNZIATELLA:

## SCELTA DEL TEMPO SCUOLA

- a) 27 ORE SETTIMANALI dal lunedì al venerdì

- b) 40 ORE SETTIMANALI dal lunedì al venerdì. Preferenza subordinata alla disponibilità di organico e alla presenza di servizi mensa e trasporto e alla maggioranza delle preferenze espresse dai genitori.

- Professione genitori: MADRE..... PADRE.....

- Titolo di studio: MADRE..... PADRE.....

- Altri fratelli o sorelle frequentanti lo stesso Istituto: **SI** (specificare nella tabella sottostante) **NO**

- Data di arrivo in Italia (se l'alunno è nato all'estero).....

-Alunno in affido ai servizi sociali (si) (no)

- Alunno con allergie / intolleranze alimentari certificate (si) (no) si impegna a presentare documentazione medica successivamente

- Alunno certificato ai sensi della L.104/92 (si) (no) **Alunno con DSA (si) (no)**

**Ai sensi della L. 104/92 e della L. 170/2010, in caso di alunno con disabilità o disturbi specifici di apprendimento (DSA), la domanda andrà perfezionata consegnando copia della certificazione in caso di disabilità o della diagnosi in caso di DSA entro 10 (DIECI) giorni dalla chiusura delle iscrizioni.**

## ALTRÒ SENTORE/TUTTORE

Nato a il cittadinanza prov.

Comune e Stato Estero di nascita

Sesso Codice fiscale

In qualità di **padre** **affidatario** **tutore**

Comune e indirizzo di residenza

Telefone: 010-123456789 | Celular: 010-987654321 | E-mail: contato@exemplo.com.br

Domicilio o indirizzo della residenza:

**Indirizzo di posta elettronica (in stampatello) (OBBLIGATORIO)**

Divergiere/separare (sì) (no) affido congiunto (sì) (no)

La propria famiglia è Composta, oltre allo Studente, da

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA	IN CASO DI ALTRI FRATELLI/SORELLE FREQUENTANTI LO STESSO ISTITUTO (indicare classe e sezione)

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)

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori". Pertanto dichiaro di avere effettuato la scelta nell' osservanza della norma del codice civile sopra richiamato in materia di responsabilità genitoriale.**

- di allegare ricevuta del pagamento, estratta dalla procedura PAGO IN RETE della piattaforma UNICA al seguente link: <https://unica.istruzione.gov.it/portale/it/pago-in-rete> - Contributo di € 17,50 (contributo volontario + quota assicurativa a.s. 2026/27)(delibera Consiglio di Istituto n. 93 del 08/01/2026)

DATA .....

**FIRMA.....**

**Al Responsabile del Trattamento dei dati  
dell' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L. DENZA-C.MMARE 4°"**

Traversa Fondo d'Orto 80053 CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)  
dichiaro di aver preso visione di tutti i documenti pubblicati sul sito alla sezione "privacy" e di aver ricevuto l'informativa prevista dal Regolamento UE 2016/679 e presto il consenso per il trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta normativa e per la comunicazione dei dati ai soggetti e per le finalità indicati nell'informativa.

(luogo) ....., (data) .....

**FIRMA .....**

**Allegato modello E**

**Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi  
dell'insegnamento della religione cattolica – a.s. 2026-2027**

**Alunno** \_\_\_\_\_ **Scuola** \_\_\_\_\_  
**Classe** \_\_\_\_\_ **Sezione** \_\_\_\_\_

La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nelle modalità di applicazione, il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta di **non** avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica   
( in tal caso compilare anche modulo integrativo)

La scelta viene effettuata dal genitore o chi esercita la patria potestà per gli alunni delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado (se minorenni)

**Modulo integrativo per le scelte degli alunni che non si avvalgono dell'insegnamento della religione cattolica per l'anno scolastico 2026-2027**

**Alunno** \_\_\_\_\_

La scelta operata ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce. (*La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa*)

**A) ATTIVITÀ DIDATTICHE E FORMATIVE** ( in caso di mancanza di risorse umane disponibili a svolgere attività specifica, l'alunno sarà ospitato nella sezione /classe parallela)

**B) USCITA DALLA SCUOLA** ( i genitori si impegnano a prelevare e riaccompagnare l'alunno nelle ore previste da orario interno della classe.

**C) PERMANENZA NELLA STESSA CLASSE CON STUDIO INDIVIDUALE E AUTONOMO**  
(solo se l'alunno è autonomo)

**Dichiaro di avere effettuato la scelta nell' osservanza della norma del codice civile sopra richiamato in materia di responsabilità genitoriale.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_