

## ELEZIONI DEGLI ORGANI COLLEGIALI

DICHIARAZIONE DEI DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI  
ai soli fini della compilazione degli **ELENCHI DEGLI ELETTORI** degli **ORGANI COLLEGIALI**

ALUNN \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela	COGNOME(di nascita) e NOME	Luogo di nascita	Data di nascita
PADRE			
MADRE			
Oppure: Tutore legale			

**Dati anagrafici di altri figli iscritti in questa scuola o in altre scuole (dalla scuola dell'infanzia alle scuole secondarie di 2° grado)**

COGNOME e NOME	Data di nascita	SCUOLA	CLASSE e SEZIONE	CITTA'

Solbiate Arno, \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo S.M.S. Consortile  
" E. GALVALIGI "  
Via per Carnago, 16  
21048 Solbiate Arno

OGGETTO: Delega a prelevare dalla scuola il/la figlio/a

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre  madre  tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

iscritto alla classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

recapito telefonico durante le ore di lavoro, per eventuali necessità:

- N. telefonico del luogo di lavoro del padre: \_\_\_\_\_
- N. cellulare del padre: \_\_\_\_\_
- N. telefonico del luogo di lavoro della madre: \_\_\_\_\_
- N. cellulare della madre: \_\_\_\_\_

#### D I C H I A R A

di delegare il/i sottoelencat\_\_\_ signor\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

a prelevare dalla scuola durante le ore di lezioni il/la proprio/a figlio/a, in caso di necessità e nell'impossibilità a provvedere personalmente.

E' consapevole che, mancando la suddetta delega, il/la figlio/a non potrà lasciare la scuola se non prelevato/a da un genitore.

Firma \_\_\_\_\_

Solbiate Arno, \_\_\_\_\_

## SCUOLA PRIMARIA

Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica per l'anno scolastico 2012/2013

Alunno \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

**Si ricorda che** la scelta operata all'atto dell'iscrizione alla scuola primaria dell'I.C. "Galvaligi" ha effetto per l'intero anno scolastico a cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fino alla classe III della scuola secondaria di I grado, fermo restando il diritto di modificare tale scelta ogni anno **entro il termine delle iscrizioni.**

Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Scelta di **non** avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

La scelta delle attività alternative all'insegnamento della religione cattolica verrà effettuata da parte delle famiglie all'inizio di ogni anno scolastico.

Data \_\_\_\_\_

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

Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado (se minorenni)  
- Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. articolo 155 del codice civile, modificato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Istituto Comprensivo Scuola Media Statale Consortile "E. Galvaligi"  
Via Per Carnago, 16 - 21048 Solbiate Arno (VA)  
C.F. 80015980123 - Cod. Meccanografico VAIC84000Q  
Tel. 0331.993301 Fax 0331.994077  
e-mail: [istcomprgalvaligi@libero.it](mailto:istcomprgalvaligi@libero.it)

**Ai Sigg. Genitori**

**OGGETTO: Richiesta informazioni per primo soccorso**

Si invitano le SS. LL. a fornire alla scuola ogni informazione utile circa lo stato di salute del/la proprio/a figlio/a allo scopo di poter intervenire in modo tempestivo in caso di necessità.

Le notizie richieste, riportate nel modulo sottostante, saranno trattate ai sensi del D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

**ATTENZIONE: Per quanto indicato al punto 2) i genitori degli alunni interessati dovranno RICHIEDERE in Segreteria e compilare l'apposito modulo da presentare unitamente alla documentazione medica inerente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Mara Caenazzo

*(tagliare e consegnare il modulo sottostante)*

Cognome e nome dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

1) Sottoposto a vaccinazioni obbligatorie       sì       no

Data dell'ultimo richiamo di vaccinazione antitetanica \_\_\_\_\_

2) Uso di particolari medicinali e relative patologie \_\_\_\_\_

Terapie in corso \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Genitore si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati sopra riportati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore \_\_\_\_\_

