



ASSOCIAZIONE CENTRO EDUCATIVO  
ITALO SVIZZERO "REMO BORDONI",  
RIMINI

ENTE MORALE - D. P. R. 1036 DEL 22 - 11 - 73

Via Vezia, n°.2 - 47900 Rimini - Italia  
Tel. ++39 054 123 901 ++39 054 151 591  
Fax. ++39 054 156 934  
E-mail: [segreteria@ceis.rm.it](mailto:segreteria@ceis.rm.it)  
Sito Internet: [www.ceis.rm.it](http://www.ceis.rm.it)  
P.I. e C.F.: 019 753 704 02

## SCHEDA D'ISCRIZIONE ALLE CLASSI DEL C.E.I.S.

### Anno Scolastico 2010/2011

\_ l \_ sottoscritt \_\_\_\_\_  padre  madre  tutore

### CHIEDE L'ISCRIZIONE

alla scuola dell'infanzia

Sez. 3 anni

Sez. 4 anni

Sez. 5 anni

alla scuola elementare

Classe \_\_\_\_\_

di (Cognome e nome del bambino) \_\_\_\_\_

Sezione/classe Ceis frequentato lo scorso anno \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Responsabile obbligo scolastico: Entrambi i genitori

Un solo genitore  Quale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, di essere consapevole delle responsabilità cui va incontro in casi di dichiarazione non rispondente al vero.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Firma di autenticazione (leggi 15/98, 127/97, 131/98) Quanto dichiarato sulla presente scheda di iscrizione ha valore di auto certificazione a tutti gli effetti di legge.*

⇒ Continuire sul retro

## PROFESSIONE DEI GENITORI

### PADRE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

#### Attività lavorativa

**LAVORO DIPENDENTE**

    Annuale

    Stagionale  Per quali mesi \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo luogo di lavoro:

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Professione svolta \_\_\_\_\_

Orario di lavoro giornaliero \_\_\_\_\_

Per quali giorni della settimana ? \_\_\_\_\_

**LAVORO AUTONOMO**

    Annuale

    Stagionale  Per quali mesi \_\_\_\_\_

Denominazione dell'attività \_\_\_\_\_

Indirizzo del luogo di lavoro:

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Professione svolta \_\_\_\_\_

Orario giornaliero \_\_\_\_\_

Per quali giorni della settimana ? \_\_\_\_\_

### MADRE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

#### Attività lavorativa

**LAVORO DIPENDENTE**

    Annuale

    Stagionale  Per quali mesi \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo luogo di lavoro:

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Professione svolta \_\_\_\_\_

Orario di lavoro giornaliero \_\_\_\_\_

Per quali giorni della settimana ? \_\_\_\_\_

**LAVORO AUTONOMO**

    Annuale

    Stagionale  Per quali mesi \_\_\_\_\_

Denominazione dell'attività \_\_\_\_\_

Indirizzo del luogo di lavoro:

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Professione svolta \_\_\_\_\_

Orario giornaliero \_\_\_\_\_

Per quali giorni della settimana ? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri e della Pubblica Amministrazione (legge 31.12.1996 n. 675 "Tutela della privacy" art. 27)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_