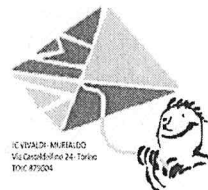




# Istituto Comprensivo "Vivaldi-Murialdo"

Indirizzo: via Casteldelfino, 24 – 10147 Torino  
Telefono: 011251965 – Fax: 011257376

E-mail: [toic879004@istruzione.it](mailto:toic879004@istruzione.it) – PEC: [toic879004@pec.istruzione.it](mailto:toic879004@pec.istruzione.it)  
Site web: [www.vivaldi-murialdo.it](http://www.vivaldi-murialdo.it) - Codice meccanografico: TOIC879004  
Codice Fiscale: 97718980010 – Codice IPA: istsc\_toic879004



## AVVISO PER ALLIEVI ISCRITTI ALLA CLASSE PRIMA SCUOLA SECONDARIA VIVALDI - MURIALDO

I genitori degli allievi, iscritti alla classe PRIMA Scuola Secondaria dell'I.C. "Vivaldi-Murialdo" per l'a.s. 2023/2024, sono invitati a perfezionare la domanda di iscrizione **il 19 – 20 – 22 e 26 giugno 2023** dalle ore **9,00 alle ore 13,00** secondo il seguente calendario:

- |                          |    |   |      |   |
|--------------------------|----|---|------|---|
| • Lunedì 19 giugno 2023  | da | A | alla | D |
| • Martedì 20 giugno 2023 | da | E | alla | I |
| • Giovedì 22 giugno 2023 | da | J | alla | R |
| • Lunedì 26 giugno 2023  | da | S | alla | Z |

Documenti da consegnare:

- Fotocopie dei codici fiscali e dei documenti di riconoscimento alunno/a e dei genitori
- Una foto formato tessera con nome e cognome del bambino sul retro
- Certificato delle competenze della scuola primaria
- Scheda di Valutazione a.s 2022/2023
- Informativa privacy compilata in allegato i 3 modelli da compilare
- Modello informazioni generali compilato
- Modulo scelta attività alternativa alla religione (da compilare solo da parte di chi NON si avvale dell'insegnamento della religione cattolica)

La conferma dovrà avvenire presso la Scuola Primaria Don Murialdo in Via Casteldelfino n° 30

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Alessandra GIORDANO

Firma omessa ex art. 3 D.Lgs. 39/93



Istituto Comprensivo  
"Vivaldi-Murialdo"  
Indirizzo: via Casteldelfino, 24 – 10147 Torino  
Telefono: 011251965

E-mail: [toic879004@istruzione.it](mailto:toic879004@istruzione.it) – PEC: [toic879004@pec.istruzione.it](mailto:toic879004@pec.istruzione.it)  
Site web: [www.vivaldi-murialdo.it](http://www.vivaldi-murialdo.it) - Codice meccanografico: TOIC879004  
Codice Fiscale: 97718980010 – Codice IPA: istsc\_toic879004



**DOCUMENTI DA CONSEGNARE:**

- FOTOCOPIE CODICI FISCALI GENITORI E ALUNNO
- FOTOCOPIE CARTE IDENTITA' GENITORI E ALUNNO

**MODULO D' ISCRIZIONE SCUOLA SECONDARIA I GRADO "VIVALDI"**

**SPECIFICARE LE SCELTE ALTERNATIVE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCOGLIERE L'ISCRIZIONE:**

2 SCUOLA SCELTA \_\_\_\_\_

3 SCUOLA SCELTA \_\_\_\_\_

**Anno scolastico 2023/2024**

Il sottoscritto genitore chiede l'iscrizione a codesta Scuola Secondaria di I Grado del/la proprio/a figlio/a per l' a. s. 2023/2024 e fornisce a tale scopo i seguenti dati:

Alunno/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

sexo  M  F Cittadinanza:  ITALIANA  altra indicare: \_\_\_\_\_

Residenza cap. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ via/c.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Circoscrizione \_\_\_\_\_

Telefono: casa \_\_\_\_\_ cell. Mamma \_\_\_\_\_ cell. Papà \_\_\_\_\_

Altro indicare: \_\_\_\_\_ e-mail (obbligatoria) \_\_\_\_\_

Codice fiscale alunno/a \_\_\_\_\_

**TEMPO SCUOLA.**

Il tempo scuola è connesso alla richiesta delle Famiglie, alla disponibilità' degli organici che verranno assegnati alla scuola, ai servizi che verranno erogati dagli Enti Locali.

A) TEMPO SCUOLA NORMALE: 30 ore, dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8 alle ore 14

B) TEMPO SCUOLA PROLUNGATO: 36 ore così modulate: Lunedì, Martedì, Mercoledì dalle ore 8 alle ore 16 con servizio mensa gestito dal Comune di Torino; Giovedì e Venerdì dalle ore 8 alle ore 14

Torino,

Firma del Genitore o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

--	--

**DATI ANAGRAFICI DI FRATELLI O SORELLE OLTRE L'ISCRITTO/A:**

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	SCUOLA FREQUENTATA	CLASSE

**LINGUA PARLATA IN FAMIGLIA:**

- SOLTANTO ITALIANO
- SOLTANTO LINGUA STRANIERA  QUALE \_\_\_\_\_
- ITALIANO E LINGUA STRANIERA SOPRA INDICATA

**STATO GENERALE DI SALUTE DELL'ALUNNO/A:**

- E' STATO SOTTOPOSTO ALLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE SI  NO
- NECESSITA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA SI  NO
- \*IL MINORE E'PORTATORE DI HANDICAP? SI  NO
- SE "SI" HA GIA' OTTENUTO CERTIFICAZIONI IN PRECEDENZA SI  NO
- \*IL MINORE PRESENTA CERTIFICAZIONE DI DSA/BES? SI  NO

\*Copia della certificazione deve essere consegnata entro 15 gg. dalla data d'iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,  
 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la personale responsabilità che l'altro Genitore è a conoscenza della richiesta d' Iscrizione ed ha espresso parere favorevole.

Allega alla presente la fotocopia del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il /La sottoscritto/a 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 (D.L.vo n. 196/2003 "Tutela della privacy" art. 27).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il SERVIZIO RISTORAZIONE è gestito dal COMUNE di TORINO.

Per la scelta del Menù DIETA PER OSSERVANTI (senza carni ma con pesce, uova e formaggi) oppure DIETA MUSULMANA (senza carne di maiale) si dovrà accedere alla piattaforma informatica tramite il sito "Torino Facile" con le stesse credenziali utilizzate per il borsellino elettronico.

**SOLO PER I MINORI STRANIERI CHE NON SONO NATI IN ITALIA:**

NAZIONE DI PROVENIENZA: \_\_\_\_\_  
DATA DI ARRIVO IN ITALIA: \_\_\_\_\_

**Scuola PRIMARIA frequentata:**

Scuola \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

**DATI GENITORI:**

**PADRE:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Condizioni lavorative: OCCUPATO  SI  NO

TIPO DI LAVORO SVOLTO \_\_\_\_\_

**MADRE:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Condizioni lavorative: OCCUPATO  SI  NO

TIPO DI LAVORO SVOLTO \_\_\_\_\_

- DA COMPILARE SOLO SE UNO O ENTRAMBI I GENITORI NON LAVORANO

Padre	<input type="checkbox"/> E' in possesso dell'attestazione dell'avvenuto accertamento della disponibilità lavorativa dichiarata dal CENTRO PER L'IMPIEGO DI TORINO
Madre	<input type="checkbox"/> E' in possesso dell'attestazione dell'avvenuto accertamento della disponibilità lavorativa dichiarata dal CENTRO PER L'IMPIEGO DI TORINO

--	--

**DATI ANAGRAFICI DI FRATELLI O SORELLE OLTRE L'ISCRITTO/A:**

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	SCUOLA FREQUENTATA	CLASSE

**LINGUA PARLATA IN FAMIGLIA:**

SOLTANTO ITALIANO   
SOLTANTO LINGUA STRANIERA  QUALE \_\_\_\_\_  
ITALIANO E LINGUA STRANIERA SOPRA INDICATA

**STATO GENERALE DI SALUTE DELL'ALUNNO/A:**

E' STATO SOTTOPOSTO ALLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE SI  NO   
NECESSITA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA SI  NO   
\*IL MINORE E'PORTATORE DI HANDICAP? SI  NO   
SE "SI" HA GIA' OTTENUTO CERTIFICAZIONI IN PRECEDENZA SI  NO   
\*IL MINORE PRESENTA CERTIFICAZIONE DI DSA/BES? SI  NO

\*Copia della certificazione deve essere consegnata entro 15 gg. dalla data d'iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,  
in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

sotto la personale responsabilità che l'altro Genitore è a conoscenza della richiesta d' Iscrizione ed ha espresso parere favorevole.

Allega alla presente la fotocopia del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il /La sottoscritto/a 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 (D.L.vo n. 196/2003 "Tutela della privacy" art. 27).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO SCHEDA C

Modulo integrativo per le scelte degli alunni che non si avvalgono dell'insegnamento della religione cattolica

Allievo \_\_\_\_\_

La scelta operata ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce.

- A) ATTIVITA' DIDATTICHE E FORMATIVE
- B) ATTIVITA' DI STUDIO E/O RICERCA INDIVIDUALI CON ASSISTENZA DI PERSONALE DOCENTE
- C) LIBERA ATTIVITA' DI STUDIO E/O RICERCA INDIVIDUALI SENZA ASSISTENZA DI PERSONALE DOCENTE (solo per gli studenti degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado)
- D) NON FREQUENZA DELLA SCUOLA NELLE ORE DI INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

(La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa)

Firma \_\_\_\_\_

Controfirma dei genitori/che esercita la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario, dell'alunno minorenne frequentante un istituto di istruzione di II grado che abbia effettuato la scelta di cui al punto D), cui successivamente saranno chieste puntuali indicazioni per iscritto in ordine alla modalità di uscita dell'alunno dalla scuola, secondo quanto previsto con la c.m. n. 9 del 18 gennaio 1991.

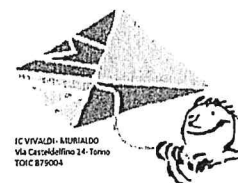
Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la scelta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.

Data \_\_\_\_\_

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal d. lgs. 196 d.lgs 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.

# IC VIVALDI-MURIALDO

Via Casteldelfino 24  
10147 Torino (TO)  
Tel: 011251965  
C.F. 97718980010



## Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Data : ..... Luogo : .....

Se maggiorenne Nome, Cognome : .....

Se minorenni Nome, Cognome allievo : .....

Nome, Cognome genitore o chi ne fa le veci: .....

Nome, Cognome genitore o chi ne fa le veci: .....

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, (documento di informativa n. 15611.51.390171.2025210):

Presta il suo consenso alla comunicazione dei propri dati personali?

SÌ  NO Entità pubbliche e private coinvolte nelle attività interne ed esterne all' istituzione scolastica

L'interessato:

---

# IC VIVALDI-MURIALDO

Via Casteldelfino 24  
10147 Torino (TO)  
Tel: 011251965  
C.F. 97718980010



## Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Data : ..... Luogo : .....

Se maggiorenne Nome, Cognome : .....

Se minorenni Nome, Cognome allievo : .....

Nome, Cognome genitore o chi ne fa le veci: .....

Nome, Cognome genitore o chi ne fa le veci: .....

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, (documento di informativa n. 15611.51.394767.2025209):

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità facoltative sotto riportate?

SI  NO Attività curriculari extracurriculari artistiche culturali sportive interne ed esterne all'istituto

Presta il suo consenso alla diffusione dei suoi dati personali?

SI  NO Creazione di supporti ad uso di alunni e famiglie

SI  NO Pubblicazione su giornali locali anche in forma digitale

SI  NO Pubblicazione su sito istituzionale e albi scolastici interni all'istituto

L'interessato:

---