



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
DIREZIONE DIDATTICA STATALE "F. RASETTI"  
06061 - Via Carducci n.25 - Castiglione del Lago  
Codice fiscale 80005650546 - Tel. 075/951134 - Fax 075/951254  
e.mail: pgee021002@istruzione.it

**OGGETTO: Domanda di ammissione al servizio di: INGRESSO ANTICIPATO  
ALLA SCUOLA PRIMARIA A.S. 2015/16.**

Io sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare padre \_\_\_\_\_  
Telefono cellulare madre \_\_\_\_\_ in qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale  
del bambino/a:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ frequentante nel corrente anno scolastico 2015/16  
la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ della Scuola Primaria di \_\_\_\_\_

**CHIEDO L'AMMISSIONE ANTICIPATA DI MIO FIGLIO/A ALLA SCUOLA PRIMARIA**

dalle ore \_\_\_\_\_ fino all'orario di apertura ufficiale della scuola.

A tal fine dichiaro quanto segue, sotto la mia responsabilità, con riferimento specifico al servizio richiesto, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto /artt. 76 e 75 del D:P:R: n. 445 del 28.12.2000).

• **PADRE** (o chi esercita la potestà genitoriale):

lavora obbligatoriamente dalle ore \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso la ditta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
telefono Ditta \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

• **MADRE** (o chi esercita la potestà genitoriale):

lavora obbligatoriamente dalle ore \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso la ditta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
telefono Ditta \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara altresì di trovarsi nell'impossibilità di incaricare persone maggiorenti di accompagnare il bambino/a.

Castiglione del Lago, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del genitore)

VISTO SI AUTORIZZA:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Stefania De Fazio