

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Galilei  
Busto Arsizio (VA)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori del /della bambino/a  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, che  
hanno presentato domanda di iscrizione per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ presso la scuola  
dell'infanzia \_\_\_\_\_ di codesto Istituto Comprensivo  
dichiarano

sotto la propria responsabilità le seguenti informazioni, utili ad una possibile formazione  
della lista d'attesa:

(si prega di tracciare una croce sulla risposta corretta)

- di essere entrambi lavoratori si    no
- di allegare certificazioni dei datori di lavoro si    no
- di avere altri figli frequentanti la medesima scuola dell'infanzia si    no

se sì di indicarne cognome e nome

cognome e nome \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_

- di avere altri figli iscritti nelle scuole di codesto Istituto Comprensivo si    no

se sì di indicarne cognome, nome, scuola e classe frequentata

cognome e nome \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

- di avere nonni che si occupano del/della bambino/a abitanti nel quartiere si    no

se sì di specificarne cognome, nome e indirizzo

cognome e nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

- il/la proprio/a bambino/a è in possesso di Diagnosi Funzionale o Certificazione Medica si    no
- il/la proprio/a bambino/a è seguito/a dai Servizi Sociali si    no

Busto Arsizio, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI BUONA SALUTE

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenti a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

Cognome e nome del/la bambino/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- 1) allergie**
- |  |    |    |
|--|----|----|
| ● ai farmaci                           | si | no |
| Se si quali _____                      |    |    |
| ● agli alimenti                        | si | no |
| Se si quali _____                      |    |    |
| ● alle sostanze presenti nell'ambiente | si | no |
| Se si quali _____                      |    |    |
| ● ad altro                             | si | no |
| Se si quali _____                      |    |    |

**2) patologie in atto** \_\_\_\_\_

**3) terapie in corso** \_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali ai fini delle attività correlate alla frequenza del proprio/a figlio/a ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA \_\_\_\_\_

Data .....

I GENITORI/ TUTORE

.....



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GALILEI"

Via Quadrelli, 2 - 21052 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/340120- Fax: 0331/340120

email segreteria: [vaic860001@istruzione.it](mailto:vaic860001@istruzione.it) - [vaic860001@pec.istruzione.it](mailto:vaic860001@pec.istruzione.it)

[www.galileibusto.gov.it](http://www.galileibusto.gov.it)



Informativa Sintetica Privacy ai sensi del regolamento europeo 679/2016 ai fini della

.....  
 Ai sensi del regolamento europeo 679/2016 ed in particolare gli articoli 7, 13, 15, 16, 17, 18 si comunica che i dati raccolti saranno gestiti ai sensi della norma in epigrafe e che il titolare del trattamento **I.C. "Galilei"** in persona di **MASSIMO VALENTINO** nella propria qualità di dirigente scolastico protempore, il Responsabile della Protezione dei dati è il dott. Roberto De Duro reperibile al seguente indirizzo email [direttore@controllerprivacy.it](mailto:direttore@controllerprivacy.it), i dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per la finalità

....., non saranno trasferiti e resteranno a disposizione dell'interessato fino al termine dell'iniziativa.  
 L'informativa completa ed i dettagli sull'utilizzo dei dati sono presenti sul sito istituzionale della scuola al seguente link [https://www.galileibusto.edu.it/?page\\_id=279](https://www.galileibusto.edu.it/?page_id=279).  
 I dati conferiti sono indispensabili per l'esecuzione delle misure in oggetto e l'interessato ha diritto ad accedere ai dati, alla rettifica e cancellazione ed alla ulteriore limitazione d'uso, nonché il diritto alla revoca del consenso e di proporre reclamo all'autorità di controllo, direttamente, [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) e/o per il tramite del Responsabile Protezione Dati indicato in precedenza. In caso di rifiuto al trattamento non sarà possibile per l'interessato partecipare all'iniziativa. Non vi sono trattamenti automatizzati del dato con logiche di profilatura dell'utente.  
 L'interessato dichiara di avere preso visione dell'informativa estesa ex art. 13 Reg. UE 679/2016 e di esprimere il consenso al trattamento dei dati per ogni altro fine ulteriore rispetto a quelli di cui art. 6 lett. b del Reg. Ue 679/16.

Firma del Genitore (1) o tutore

Firma del Genitore (2) o tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_