

ASILO INFANTILE "BONAFIDE"

Corso Italia n. 4

10019

STRAMBINO

Tel : ++39 - 0125 713305

E-mail : asilobonafide@libero.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Resa ai sensi degli art 46 e 47 del DPR n° 445 del 28/12/2000)

1. STATO DI FAMIGLIA e RESIDENZA

Il/La sottoscritto/a :

(Cognome e Nome)

DICHIARA

Che il nucleo familiare convivente è :

Residente a : _____

Prov. : _____

Via/Corso : _____

Nr.civico : _____

Che il nucleo familiare è composto da :

Padre :

(Cognome e Nome)

Nato/a a : _____

(Comune o Stato Estero)

Il : _____

Stato civile : _____

Professione : _____

Madre :

(Cognome e Nome)

Nato/a a : _____

(Comune o Stato Estero)

Il : _____

Stato civile : _____

Professione : _____

Figli (1) : _____
(Cognome e Nome)

Nato/a a : _____ Il : _____
(Comune o Stato Estero)

Figli (2) : _____
(Cognome e Nome)

Nato/a a : _____ Il : _____
(Comune o Stato Estero)

Figli (3): _____
(Cognome e Nome)

Nato/a a : _____ Il : _____
(Comune o Stato Estero)

Figli (4) : _____
(Cognome e Nome)

Nato/a a : _____ Il : _____
(Comune o Stato Estero)

Altri Conviventi (Indicare : Cognome e Nome,data/luogo di nascita e grado di parentela)

Dichiara inoltre che il/la bambino/a di cui richiede l'iscrizione è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni :

ANTIDIFTERICA , ANTITETANICA , ANTIPOLIOMELITICA , ANTIEPATITE B.

Il/La sottoscritto/a consapevole della propria responsabilità penale , ai sensi dell'art.76 del DPR n° 445 del 28/12/2000 , nel caso di dichiarazioni mendaci , formazione ed uso di atti falsi , dichiara sotto la propria responsabilità che quanto indicato nella presente domanda corrisponde al vero e si impegna a comunicare eventuali variazioni.

L'Amministrazione della scuola si riserva di attuare le verifiche necessarie su quanto dichiarato.

Firma (leggibile) : _____

Data : _____