

**4^ ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

Codice M.P.I. PDIC88100A

via J. Da Montagnana, 91 - 35132 Padova - Distretto n.44

TEL.0498644800- FAX 049606639 - Cod.Fisc. 92199620284

e- mail : PDIC88100A@istruzione.it e-mail : segreteria@4icpadova.it**MODULO PER LA DICHIARAZIONE DELLE PRIORITA' PER L'ISCRIZIONE ALLE CLASSI DI TEMPO PIENO A.S. 20__/20__ .**

Il sottoscritto genitore dell'alunno/a _____ per il quale/la quale è stata richiesta l'iscrizione alla prima classe di tempo pieno, dichiara che alla propria condizione familiare sono applicabili i seguenti criteri di priorità

- RESIDENZA NEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO DEL 4^ ISTITUTO COMPRENSIVO**
- RESIDENZA NEL COMUNE DI PADOVA**
- RESIDENZA FUORI DEL COMUNE DI PADOVA**

IN SUBORDINE DICHIARA INOLTRE:

CRITERI	PUNTI
<input type="checkbox"/> ALUNNI NATI ENTRO IL 31/12 DELL'A.S. DI RIFERIMENTO	10
<input type="checkbox"/> ALUNNI ANTICIPATARI NATI FRA L' 1/01 E IL 30/04 DELL'A.S. DI RIFERIMENTO	6
<input type="checkbox"/> ALUNNI PROVENIENTI DA SCUOLE DELL'INFANZIA DELL'ISTITUTO DI RIFERIMENTO	6
<input type="checkbox"/> ALUNNI CON FRATELLI FREQUENTANTI LA SCUOLA RICHIESTA	6
<input type="checkbox"/> PRESENZA DI UN SOLO GENITORE NEL NUCLEO FAMILIARE	6
<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI ISCRIZIONE DI ALUNNO IN CONDIZIONE DI HANDICAP	6
<input type="checkbox"/> NUMERO DI FIGLI MINORI DI 14 ANNI PRESENTI IN CASA	1 per due figli <input type="checkbox"/> 2 per tre figli <input type="checkbox"/> 4 per quattro figli o più (compreso alunno) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI	3
<input type="checkbox"/> UN GENITORE IN SITUAZIONE DI GRAVE HANDICAP	6
<input type="checkbox"/> PARENTI CONVIVENTI IN SITUAZIONE DI GRAVE HANDICAP	3
TOTALE PUNTI	

La direzione si riserva di richiedere successivamente documentazione attestante quanto dichiarato, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di autocertificazione.

Data _____

FIRMA DEL GENITORE