



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRESIVO "G. M. SACCHI" DI PIADENA**  
*Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado*  
 Via Mazzini N.1 - 26034 Piadena (CR) - Tel. 037598294 - Fax 0375380387  
 Codice Meccanografico CRIC81400L - Codice Fiscale 90005300190  
 Sito Web [www.icpiadena.gov.it](http://www.icpiadena.gov.it)  
 e-mail [cric81400l@istruzione.it](mailto:cric81400l@istruzione.it) - pec [cric81400l@pec.istruzione.it](mailto:cric81400l@pec.istruzione.it)



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (per iscrizioni)**

(art. 2 legge 4/1/68, n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni, Leggi 127/1997, 131/1998, D.P.R. 445/2000).

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

nella sua qualità di  padre  madre con patria potestà, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**D I C H I A R A**

che \_\_\_\_ I \_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_  
 cognome e nome \_\_\_\_\_ codice fiscale del figlio \_\_\_\_\_

Maschio  Femmina

▪ è nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;

▪ è residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) Via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ eventuale altro recapito telefonico \_\_\_\_\_,  
 numero telefonico di un familiare a cui rivolgersi in caso di assoluta necessità in mancanza della reperibilità dei genitori \_\_\_\_\_ );

▪ ha cittadinanza \_\_\_\_\_ ;

▪ (per chi non ha cittadinanza italiana e nato all'estero):  
 il figlio/a è immigrato in Italia il \_\_\_\_\_

che \_\_\_\_ I \_\_\_\_ figli \_\_\_\_ è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  si  no  
 ed è quindi in regola con le vaccinazioni e rivaccinazioni, secondo le attuali disposizioni di legge e che la struttura del Servizio Sanitario Nazionale competente ad emettere la certificazione è \_\_\_\_\_ la seguente: \_\_\_\_\_

Nominativo del medico curante di base \_\_\_\_\_

Numero del documento personale di iscrizione al Servizio Sanitario \_\_\_\_\_

**Dati 2° genitore :**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ , nat \_/ \_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Eventuali fratelli o sorelle iscritti a scuole dello stesso Istituto Comprensivo:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ scuola frequentata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2005, 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 Amm.ne (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 e Regolamento ministeriale 7-12-2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_