

**SCUOLA MATERNA dell'Asilo Infantile
ASSOCIAZIONE DI DIRITTO PRIVATO
Via della Repubblica 2 28066 GALLIATE
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/861679 – cell. 3291593341
+ e-mail scuolamat.galliate@libero.it –
sito www.asilosalesiano.it
codice meccanografico scuola N01A01600**



SCUOLA MATERNA SUORE ORSOLINE
Via Santi Martiri, 38
28066 GALLIATE
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/864889 – cell. 3318402524
+ e-mail info@suoreorsoline.it
codice meccanografico scuola NO1A015004

DOMANDA di ISCRIZIONE

AL GESTORE della SCUOLA MATERNA

I sottoscritt _____ cognome e nome _____ padre madre tutore
 del bambin _____ cognome e nome _____ M F

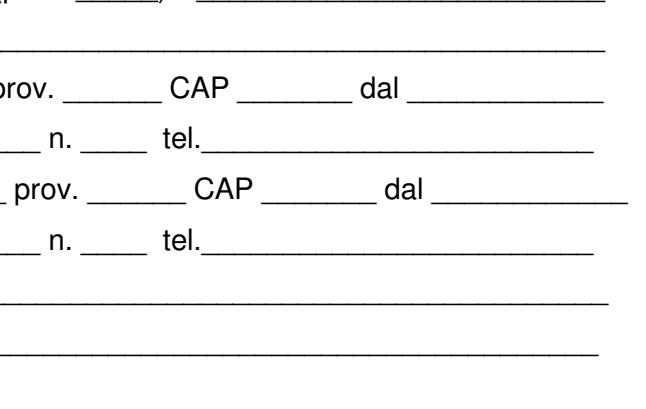
condividendo i principi educativi e formativi della Scuola

Scuola Materna dell'Asilo Infantile Scuola Materna Suore Orsoline

CHIEDE

I'iscrizione dellstess per l'anno scolastico **2026 - 2027**

A tal fine **dichiara**, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

Il/la bambino/a	<i>cognome e nome</i>		<i>codice fiscale</i>
- è nat	a _____	(prov. _____) il _____	
- è cittadin	italiano <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> (indicare quale)	_____	
- è residente a	_____	prov. _____ CAP _____	dal _____
in Via/CORSO/Piazza	_____	n. _____ tel. _____	
- è domiciliato a	_____	prov. _____ CAP _____	dal _____
in Via/CORSO/Piazza	_____	n. _____ tel. _____	
- indirizzo mail	_____		
- proviene dall'asilo nido	_____		
- che la propria famiglia è composta da:			
	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo, data di nascita</i>	
padre	_____	_____	
madre	_____	_____	
tutore	_____	_____	
fratelli/sorelle	_____	_____	
fratelli/sorelle	_____	_____	
altri	_____	_____	
altri	_____	_____	

SCUOLA MATERNA dell'Asilo Infantile
ASSOCIAZIONE DI DIRITTO PRIVATO
Via della Repubblica 2 28066 GALLIATE
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/861679 – cell. 3291593341
+ e-mail scuolamat.galliate@libero.it
sito www.asilosalesiano.it
codice meccanografico scuola NO1A01600X



SCUOLA MATERNA SUORE ORSOLINE
Via Santi Martiri, 38
28066 **GALLIATE**
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/864889 – cell. 3318402524
+ e-mail info@suoreorsoline.it
codice meccanografico scuola NO1A015004

- è stat sottopost alle **vaccinazioni obbligatorie** sì no * come da autocertificazione allegata

INFORMAZIONI FAMILIARI

Padre: *codice fiscale*

Professione/ditta/luogo _____

Madre: *codice fiscale*

Professione/ditta/luogo _____

Tutore: *codice fiscale*

Professione/ditta/luogo _____

Recapiti telefonici

Padre ufficio _____ cell. _____

Madre ufficio _____ cell. _____

Tutore ufficio _____ cell. _____

Note particolari che si desidera portare a conoscenza della Direzione

SCUOLA MATERNA dell'Asilo Infantile
ASSOCIAZIONE DI DIRITTO PRIVATO
Via della Repubblica 2 28066 GALLIATE
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/861679 – cell. 3291593341
+ e-mail scuolamat.galliate@libero.it –
sito www.asilosalesiano.it
codice meccanografico scuola NO1A01600X



SCUOLA MATERNA SUORE ORSOLINE
Via Santi Martiri, 38
28066 **GALLIATE**
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/864889 – cell. 3318402524
+ e-mail info@suoreorsoline.it
codice meccanografico scuola NO1A015004

ORARIO DI FUNZIONAMENTO

L'orario di funzionamento regolare della scuola sarà:

- Entrata: ore 8,30 – 8,45
- Uscita: ore 15,30 – 15,45
- Uscita su richiesta: ore 12,30 per i bimbi del 1° anno
ore 13,30 per i bimbi del 2° e 3° anno

Indicare se usufruirete del servizio di pre o dopo scuola: SI NO

Nel caso la risposta fosse SI, indicare il servizio di interesse

		Tutti i giorni	Settimanalmente	Dipende dai turni
PRESCUOLA	7,30 – 8,30			
DOPOSCUOLA	15,45 – 17,30			

Firma di autocertificazione _____

(Legge 127 del 1997, DPR 445/2000 – fornire documento valido per verifica al momento della presentazione della domanda)

Firma dell'altro genitore _____

Galliate, _____

Si ricorda che quanto dichiarato deve essere veritiero e corrispondere allo stato attuale.

Le amministrazioni pubbliche effettuano controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli art. 46 e 47 del DPR 445/2000. Pertanto, qualora si riscontrassero falsità in atti e dichiarazioni mendaci, i benefici conseguiti dal dichiarante decano e l'amministrazione, oltre a procedere alla correzione delle determinazioni conseguenti, si riserva di procedere con l'ipotesi di reato.

SCUOLA MATERNA dell'Asilo Infantile
ASSOCIAZIONE DI DIRITTO PRIVATO
Via della Repubblica 2 28066 GALLIATE
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/861679 – cell. 3291593341
+ e-mail scuolamat.galliate@libero.it
sito www.asilosalesiano.it
codice meccanografico scuola NO1A01600X



SCUOLA MATERNA SUORE ORSOLINE
Via Santi Martiri, 38
28066 GALLIATE
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037
Tel. 0321/864889 – cell. 3318402524
+ e-mail info@suoreorsoline.it
codice meccanografico scuola NO1A015004

CRITERI PER L'ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

definizione della graduatoria di ammissione

➤ Criteri di precedenza vincolanti che prescindono dalla graduatoria:

- Iscrizione entro i termini di legge previsti dalla normativa vigente (13 gennaio – 14 febbraio 2026)
- Fratelli/sorelle frequentanti la stessa scuola dell'infanzia nell'a.s. in corso
Cognome – nome – sezione _____
- Alunno disabile ai sensi della legge 104/1992

➤ Criteri di attribuzione punteggio:

	SI	NO	punti
Residenza nel comune di Galliate (12 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Residenza in altro comune (8 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavoro di entrambi i genitori o unico genitore affidatario (5 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavoro di un solo genitore (3 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mancanza di entrambi i genitori (12 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mancanza di un genitore (5 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anno di nascita del bambino: 2021 (3 punti) – 2022 (2 punti) – 2023 (1 punto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frequenza all'asilo nido (1 punto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Specifiche richiesta avanzata dal servizio socio assistenziale o dalla neuropsichiatria infantile * (2 punti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Totale			

* La relazione deve essere prodotta entro i termini previsti per l'accoglimento delle iscrizioni

N.B: a parità di punteggio hanno la precedenza i bambini di maggior età