



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ALCIDE DE GASPERI"
VIA MATTEO BANDELLO 30 – 00137 ROMA
TEL. 06.87137117 – FAX 06.87131100 E-MAIL:RMIC8EJ00R@ISTRUZIONE.IT
CODICE MECCANOGRAFICO: RMIC8EJ00R – C. F. 97712630587

MODULO DI ISCRIZIONE O DI RICONFERMA AGLI ANNI SUCCESSIVI

Noi Sottoscritti _____

genitori dell'alunn__ sotto indicato conferma la FREQUENZA

alla Classe _____ sezione _____ per l'anno scolastico 20____/20____

Scuola Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria

DATI ALUNNO

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ a _____ (_____)

Cittadinanza _____ Residenza _____

Via/Piazza _____ n. _____ cap. _____

Tel. _____ Cell. _____

Email 1: _____

Email 2: _____

Il versamento della quota assicurativa e contributiva è di **€ 45,00**

(€ 10,00 ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA - € 35,00 CONTRIBUTIVO VOLONTARIO)

e dovrà essere versato attraverso il portale Pago in Rete raggiungibile all'indirizzo

<https://www.istruzione.it/pagoinrete/>

La ricevuta del pagamento dovrà essere allegata al presente modulo.

**SI RICORDA AI GENITORI DEI NUOVI ISCRITTI DI PORTARE 2 FOTO TESSERA
E IL CERTIFICATO DELLE VACCINAZIONI.**

Roma, _____

Firma _____

Firma _____