

Al Dirigente Scolastico  
Dell' I.C. Carlo Alberto dalla Chiesa  
Via Mario Rigamonti, 10 - 00142 Roma  
[rmic82900g@istruzione.it](mailto:rmic82900g@istruzione.it)

I sottoscritti

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla Scuola dell'Infanzia Statale:

Plesso ARCOBALENO

Plesso EUROPA

**DICHIARANO DI**

**CONFERMARE L'ISCRIZIONE**

**RINUNCIARE ALL'ISCRIZIONE**

del/della proprio/a figlio/a per la frequenza della Scuola dell'Infanzia Statale per l'anno scolastico 2024/2025

Roma, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma di entrambi i genitori)

(In caso di singola sottoscrizione) Il/la.. sottoscritto/a ..... DICHIARA di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale; consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che l'altro genitore è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_