

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.2 della L.15/68 come modificato dal comma 10 dell'art. 3 della Legge 15/05/1997, n. 127 e art. 1 D.P.R.20/10/1998, n. 403)

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____

..... dell'alunno/a della classe **5 sez.** della
(padre / madre)

scuola primaria "MANZONI" di Veggiano, iscritto/a per l'anno scolastico 2018/2019 alla classe prima della scuola secondaria di 1° grado di Veggiano con **settimana corta**, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 26 della L. 4/1/68 n.15, richiamato dall'art. 6, comma 2, del DPR 403/1998 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, o uso esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARO

di possedere i seguenti criteri per l'accesso alla settimana corta:

		PUNTI	Riservato all'Ufficio
1	Alunno proveniente da classi di scuola primaria a tempo pieno o normale che già ha un fratello/sorella frequentante la settimana corta	punti 5	
2	Alunno residente nel comune	punti 4	
3	Alunno proveniente da classi di scuola primaria a tempo pieno o normale con un solo genitore	punti 3	
4	Alunno i cui genitori sono in regime di separazione o divorziati, e per i quali certifichino che durante uno o più fine settimana nell'arco del mese il figlio/a cambia dimora	punti 2,5	
5	Alunno proveniente da classi a tempo pieno o tempo normale i cui genitori dimostrino, con autodichiarazione se lavoratori autonomi, o con certificazione del datore di lavoro se dipendenti , che sono impossibilitati entrambi a prelevare il figlio a scuola alle ore 13	punti 2	
6	Alunno i cui genitori certifichino che al sabato mattina svolgono particolari attività di tipo sportivo, culturale, associativo	punti 1	
7	Alunno che ha frequentato l'intera scuola primaria a tempo pieno	punti 0,5	
	TOTALE PUNTEGGIO		

N.B.: Gli alunni le cui famiglie presenteranno una certificazione o diagnosi BES (disabilità, DSA, ADHD, ecc...) rilasciata dalle competenti amministrazioni socio – sanitarie (A.S.L. o centri regolarmente accreditati dalla Regione Veneto) saranno assegnati al tempo scuola richiesto direttamente (senza passare per la fase della graduatoria e/o dell'eventuale sorteggio).

_____ ,
luogo

_____ ,
data

firma