



Istituto Rizzoli

FONDAZIONE ISTITUTO RIZZOLI PER L'INSEGNAMENTO DELLE ARTI GRAFICHE

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Al corso

A.F.

Classe

FOTO

A cura della Segreteria: Domanda approvata non approvata dalla Direzione.

CLICCARE NEL RIQUADRO  
PER INSERIRE LA FOTO

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di padre madre tutore  
(Cognome Nome)

**CHIEDE**

l'iscrizione dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(Cognome Nome)

a tal fine, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, **DICHIARA** che l'alunno/a

è nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale

è residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. ab. \_\_\_\_\_

cell. alunno/a \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

è cittadino/a italiano/a altro (indicare) \_\_\_\_\_

data di arrivo in Italia \_\_\_\_\_ scadenza permesso di soggiorno \_\_\_\_\_

(se diverso dalla residenza) è domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

presso la Comunità \_\_\_\_\_ educatore \_\_\_\_\_

Si allega copia dei seguenti documenti dell'alunno/a

Carta di identità  
CNS (Carta Nazionale dei Servizi)  
Titolo di studio  
Permesso di Soggiorno  
2 foto tessera  
Diagnosi funzionale  
Verbale  
Vaccinazioni  
Altro

Si allega copia dei seguenti documenti  
del genitore/tutore firmatario

Fotocopia Carta di identità  
Fotocopia CNS (Carta Nazionale dei Servizi)  
Altro

La Domanda di Iscrizione è sempre sottoposta all'approvazione della Direzione.

**TITOLO DI STUDIO ALUNNO/A**

Diploma di Scuola Secondaria di 1° Grado (Licenza Media)

Qualifica professionale di:

Diploma professionale (IV anno) di:

Diploma Istruzione Secondaria Superiore (Maturità) di:

Altro (specificare)

conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_

Ultimo corso di studi frequentato: Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo di studi: \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE PROFESSIONALE ALUNNO/A**

Studente

Inoccupato (inattivo)

Occupato

Disoccupato (alla ricerca di nuova occupazione o iscritto alle liste di mobilità)

**DATI GENITORI****Padre** \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

codice fiscale 

cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Impiego lavorativo \_\_\_\_\_

**Madre** \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

codice fiscale 

cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Impiego lavorativo \_\_\_\_\_

**RIFERIMENTI PER CONTATTI SCUOLA/FAMIGLIA**

cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(se maggiorenne)

Firma di autocertificazione\* \_\_\_\_\_ Firma di autocertificazione\* \_\_\_\_\_

\* (firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998 D.P.R. 445/2000)

Il/La Sottoscritto/a

- Dichiaro di aver preso visione e accettato il POF e il regolamento dell'Istituto.
- Prendo atto dell'esistenza di un Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001.
- Dichiaro di attenermi a quanto specificato nel Codice etico e di condotta e nei protocolli preventivi adottati.
- Dichiaro altresì di essere a conoscenza dell'esistenza dell'Organismo di Vigilanza e delle modalità di comunicazione con il medesimo.
- Dichiaro di essere a conoscenza che il corso verrà attivato previa approvazione degli enti competenti.
- Autorizzo le uscite dal complesso scolastico per specifiche attività didattiche.
- Autorizzo l'uscita anticipata dall'Istituto in caso di assenza imprevista del docente o del personale supplente.
- Si impegna a far sostenere la visita medica di idoneità al lavoro, durante il periodo di stage.

Data

Firma dell'alunno/a

(se maggiorenne)

Firma

Firma

#### **AUTOCERTIFICAZIONE SANITARIA PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE MOTORIA**

Sotto la mia responsabilità dichiaro che l'alunno/a:

Non è affetto/a da malattie cardiovascolari

Non è affetto/a da gravi allergie

Non assume farmaci che impediscono lo svolgimento delle attività motorie

Note

#### **NOTA INFORMATIVA** (Disposizioni legislative in materia di autocertificazione)

Il/La Sottoscritto/a è consapevole che è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000).

Data

Firma dell'alunno/a

(se maggiorenne)

Firma

Firma

Il/La Sottoscritto/a

Padre	(cognome e nome)	Tutore	(cognome e nome)
Madre	(cognome e nome)	Alunno/a	(se maggiorenne)

acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del GDPR, è informato/a sul trattamento dei propri dati personali nei limiti indicati nell'informativa che dichiara di avere ricevuto e letto. Barrando la successiva casella, esprime liberamente il consenso per la pubblicazione di riprese filmate, foto ed elaborati relativi alle attività didattiche e ricreative, sul sito internet e sulle pagine dei social network dell'Istituto, su eventuali siti e social network di Enti e Associazioni partner di progetti educativi e ricreativi, per le finalità indicate nell'informativa.

Do il consenso      Nego il consenso

Firma Padre	Firma Tutore
Firma Madre	Firma Alunno/a (se maggiorenne)

acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del GDPR, è informato/a sul trattamento dei propri dati personali nei limiti indicati nell'informativa che dichiara di avere ricevuto e letto. Barrando la successiva casella, esprime liberamente il consenso per la finalità di documentazione delle attività svolte per progetti educativi e ricreativi organizzati dall'Istituto anche con partner esterni, come indicato nell'informativa.

Do il consenso      Nego il consenso

Firma Padre	Firma Tutore
Firma Madre	Firma Alunno/a (se maggiorenne)

acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del GDPR, è informato/a sul trattamento dei propri dati personali nei limiti indicati nell'informativa che dichiara di avere ricevuto e letto. Barrando la successiva casella, esprime liberamente il consenso per la finalità di utilizzo come mezzo di comunicazione all'alunno l'invio tramite applicazioni di messaggistica e di messaggi di posta elettronica come indicato nell'informativa.

Do il consenso      Nego il consenso

Firma Padre	Firma Tutore
Firma Madre	Firma Alunno/a (se maggiorenne)

acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del GDPR, è informato/a sul trattamento dei propri dati personali nei limiti indicati nell'informativa che dichiara di avere ricevuto e letto. Barrando la successiva casella, esprime liberamente il consenso per la ricezione di messaggi informativi e commerciali relativi alle attività dell'Istituto.

Do il consenso      Nego il consenso

Firma Padre	Firma Tutore
Firma Madre	Firma Alunno/a (se maggiorenne)