



Istituto Rizzoli

FONDAZIONE ISTITUTO RIZZOLI PER L'INSEGNAMENTO DELLE ARTI GRAFICHE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al corso _____

A.F. _____ Classe _____

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

FOTO

clickcare nel riquadro per inserire la foto

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di padre
(Cognome Nome) madre

tutore

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 / Profilo di funzionamento
- 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. _____ e-mail _____

Titolo di studio _____ Impiego lavorativo _____

Madre _____ nata a _____ Prov. _____

il _____ cittadinanza _____

codice fiscale

cell. _____ e-mail _____

Titolo di studio _____ Impiego lavorativo _____

In caso di separazione o divorzio legali, specificare la tipologia di affido

- congiunto
- non congiunto, genitore affidatario _____

Allegare documentazione di supporto.

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))

RIFERIMENTI PER CONTATTI SCUOLA/FAMIGLIA

cell. _____ e-mail _____

Data _____ Firma dell'alunno/a _____
(se maggiorenne)

Firma genitore _____ Firma genitore _____

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 genitore _____ Firma genitore _____

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 _____

In caso di patologie acute o croniche che necessitano di somministrazione o autosomministrazione di farmaci durante l'orario scolastico, richiedere la modulistica in segreteria.

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 genitore _____ Firma genitore _____

Il/La Sottoscritto/a

 Padre _____ Tutore _____
(cognome e nome) (cognome e nome) Madre _____ Alunno/a _____
(cognome e nome) (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 agli alunni, 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.

 Acconsente Non acconsente 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 all'invio di comunicazioni relative ad iniziative culturali, educative e professionali rivolte ad alunni ed ex alunni (che abbiano concluso il percorso formativo nei due anni precedenti), come indicato nell'informativa.

 Acconsente Non acconsente Firma Padre _____ Firma Tutore _____ Firma Madre _____ Firma Alunno/a _____
(se maggiorenne)