

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'IIS "ROSSELLI"

04011 APRILIA

Domanda di partecipazione agli Esami di Stato, conclusivi dei corsi di studi di istruzione secondaria superiore . (CANDIDATI INTERNI)

__l__ sottoscritt_ (1) _____,

nat__ a _____ (____) il _____,

residente in _____ Via _____, n. _____,

frequentate nel corrente anno scolastico la cl. _____ sez. _____ del corso _____

A tal fine dichiara di essere in possesso del Diploma di Licenza media conseguito nell'a.s. ____/____

presso l'I.C. " _____ " (per sostenere gli Esami di Stato si deve presentare il Diploma di Licenza media in originale).

Il sottoscritto, allega alla presente:

1. ATTESTAZIONE DEL VERSAMENTO di € 12,09 sul c/c p. n. 1016 (da ritirare presso l'Ufficio Postale) intestato a AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO di PESCARA – TASSE SCOLASTICHE – causale : Tassa Esame di Stato II ciclo .
2. COPIA DOCUMENTO IDENTITÀ.

RICHIESTA DELL'ESONERO DALLE TASSE SCOLASTICHE GOVERNATIVE

- PER MOTIVI ECONOMICI ai sensi dell'art. 200 del D.L. 297/94 (presentare mod. ISEE 2017
- PER MERITO SCOLASTICO – a tal proposito dichiara che è stat__ promoss__ nell'a.s. 2016/2017 alla cl. Quinta con la votazione media non inferiore agli 8/10 e si presume per l'anno scolastico 2017/2018 una media non inferiore a 8/10.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente domanda elusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30 giugno 2003 n. 196).

APRILIA, li _____

firma del richiedente

N.B. si ricorda che il presente modulo, corredato dall'attestazione dell'avvenuto versamento, deve essere consegnato al COORDINATORE della propria classe improrogabilmente entro il 30 Novembre 2017.

Il Diploma Originale di Licenza Media (nel caso in cui quest'ultimo non sia già stato depositato agli atti) dovrà essere consegnato direttamente in segreteria didattica entro il 30 novembre 2017.

(1) Indicare il nome completo presente sul codice fiscale

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'IIS "ROSSELLI"

04011 APRILIA

__l__ sottoscritt_ (1) _____,
nat_ a _____ (____) il _____,
residente in _____ Via _____, n. _____,
recapito telefonico _____, cell. _____
frequentate la cl. _____ sez. _____ del corso _____, con la presente

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Una volta conseguito il diploma , l' Istituto a fornire ad agenzie interinali per il lavoro e/o ditte richiedenti i propri dati :

NOME – COGNOME (se si acconsente va obbligatoriamente barrato, altrimenti il consenso sarà considerato nullo) _____

INDIRIZZO : _____ N. _____

LOCALITA' _____

RECAPITO TELEFONICO _____

E MAIL _____

DICHIARA di essere a conoscenza:

- ❖ Che gli estremi delle agenzie interinali e/o ditte richiedenti saranno visionabili a richiesta presso la segreteria didattica;
- ❖ Che potrà prendere visione in qualunque momento, a semplice richiesta, dei trattamenti dati effettuati nel corso del presente procedimento a fronte dell'autorizzazione espressa, per chiederne rettifica o cancellazione;
- ❖ Che con semplice richiesta, anche verbale, questa autorizzazione potrà essere modificata per negare al diffusione dei dati;
- ❖ Che per trasformare questa richiesta nel senso dell'autorizzazione alla diffusione dei dati occorre sottoscrivere una richiesta esplicita in tal senso.

Cordiali saluti

IN FEDE

Aprilia _____
