

DATI ANAGRAFICI dei GENITORI e/o TUTORE - (per ELEZIONE degli ORGANI COLLEGIALI)

PRIMO GENITORE: _____
 (COGNOME) (NOME)

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Provincia: _____

Luogo di Residenza: _____ Indirizzo e numero civico: _____

Cellulare: _____ Tel. lavoro/casa: _____ Mail: _____
 (Obbligatoria)

Mail di POSTA CERTIFICATA (P.E.C.)(*obbligatoria*): _____

SECONDO GENITORE: _____
 (COGNOME) (NOME)

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Provincia: _____

Luogo di Residenza: _____ Indirizzo e numero civico: _____

Cellulare: _____ Tel. lavoro/casa: _____ Mail: _____
 (Obbligatoria)

Mail di POSTA CERTIFICATA (P.E.C.)(*obbligatoria*): _____

TUTORE: (*) _____
 (COGNOME) (NOME)

Data di Nascita: _____ Comune di Nascita: _____ Provincia: _____

Luogo di Residenza: _____ Indirizzo e numero civico: _____

Cellulare: _____ Tel. lavoro/casa: _____ Mail: _____

Mail di POSTA CERTIFICATA (P.E.C.)(*obbligatoria*): _____

(*): Per l'eventuale TUTORE si richiede di ALLEGARE opportuna CERTIFICAZIONE

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI della LEGGE 104/1992 e della LEGGE 170/2010

- ALUNN ___ con DISABILITA' (D.A.)
 ALUNN ___ con D.S.A.
 ALUNN ___ con DISABILITA', NON AUTONOMO che NECESSITA di ASSISTENZA di BASE (AEC)

- **Dichiara**, inoltre, sotto la propria responsabilità, di non aver presentato **DOMANDA di ISCRIZIONE** in **ALTRI ISTITUTI**;
- **Si impegna** a comunicare tempestivamente eventuali **VARIAZIONI dell'INDIRIZZO e/o dei propri RECAPITI TELEFONICI**;
- **Si impegna** a segnalare alla **SCUOLA** gli **STATI di SALUTE** che **SCONSIGLIANO** - anche solo temporaneamente - ogni **ATTIVITA' pratica di EDUCAZIONE FISICA**.

FIRMA di AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____

DICHIARA di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i DATI contenuti nella presente AUTOCERTIFICAZIONE

ESCLUSIVAMENTE nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

(Regolamento UE (GDPR) 2016/679 - Articolo 13)

Aprilia _____

(Firma di un Genitore o di chi ne fa legalmente le veci)

**FIRMA CONGIUNTA SE I GENITORI SONO DIVORZIATI E/O SEPARATI, ALTRIMENTI A FIRMA DELL'AFFIDATARIO
 IL QUALE SI OBBLIGA A COMUNICARE ALLA SCUOLA EVENTUALI VARIAZIONI DELL' AFFIDO.**

MODULO per l'ESERCIZIO del DIRITTO di SCEGLIERE SE AVVALERSI o NON AVVALERSI dell'INSEGNAMENTO della RELIGIONE CATTOLICA per tutto il CORSO degli Studi

Coloro che vogliono modificare la SCELTA EFFETTUATA nel PRIMO ANNO di Studi, relativa all'INSEGNAMENTO della RELIGIONE CATTOLICA, DEVONO PRODURRE APPOSITA DOMANDA. (Il MODELLO è SCARICABILE dal sito della Scuola all'indirizzo: www.isrosselliaprilia.gov.it nella SEZIONE "MODULISTICA")

CONSENSO ALLA AUTORIZZAZIONE COMUNICAZIONI SCUOLA - FAMIGLIA

AUTORIZZO questa Istituzione Scolastica a COMUNICARE la **e-mail personale** ai RAPPRESENTANTI del CONSIGLIO di CLASSE di mi__ FIGLI __/__, nonchè ai RAPPRESENTANTI del CONSIGLIO di ISTITUTO.

Data _____

FIRMA _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Preso atto dell'INFORMATIVA consultabile sul sito web di Istituto all'indirizzo www.isrosselliaprilia.gov.it/privacy e ai sensi del Regolamento UE (GDPR) 2016/679 - Articolo 13

Io sottoscritto _____

- Accenso al trattamento dei dati personali sensibili che mi riguardano, funzionali agli scopi per i quali il trattamento è posto in essere;
- Accenso all'uso delle mie immagini, relative alle attività scolastiche svolte, e alla loro pubblicazione su materiale informativo e sul sito della scuola per fini istituzionali e senza scopi di lucro;
- Accenso alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti sopra indicati nella predetta informativa, che si possano sottoporre a trattamenti aventi le finalità indicate nell'informativa medesima o obbligatori per legge.
- Autorizzo la SCUOLA ad effettuare riprese fotografiche, video, telematiche, interviste e relative diffusioni a mezzo TV, Stampa, sito Web della Scuola, ect.

Rimane fermo che il mio CONSENSO E' CONDIZIONATO al RISPETTO da parte di questo ENTE delle DISPOSIZIONI NORMATIVE vigenti.

Aprilia _____

(Firma dell'interessato)

PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA'

(D.P.R. 24.06.1998 n° 249 - D.P.R. 21.11.2007 n° 235)

Ai sensi dell'Art. 5 - bis dello STATUTO delle STUDENTESSE e degli STUDENTI (D.P.R. 24.6.1998 n°249 e D.P.R. 21.11.2007 n° 235)

DICHIARO di AVER PRESO VISIONE del PATTO EDUCATIVO di CORRESPONSABILITA' consultabile sul sito web di Istituto all'indirizzo www.isrosselliaprilia.gov.it/ nella sezione PTOF Piano Triennale dell'Offerta Formativa relativo all'Anno Scolastico _____ e di SOTTOSCRIVERNE il CONTENUTO.

Aprilia _____

(Firma dello Studente)

(Firma del Genitore)

Si rammenta che per cambiare eventualmente Istituto occorre **RICHIEDERE** il **NULLA OSTA, DOCUMENTO UFFICIALE** per **ESSERE AMMESSI** a frequentare in un'altra Scuola.

Ulteriori informazioni si possono ottenere consultando il SITO della Scuola all'indirizzo: <http://www.isrosselliaprilia.gov.it> oppure telefonando alla SEGRETERIA DIDATTICA ai numeri **06/92063633 - 06/92063641**

AUTORIZZAZIONE per INGRESSO POSTICIPATO e/o USCITA ANTICIPATA

Io Sottoscritt _____
 Genitore dell' Alunn _____
 AUTORIZZO la Scuola a fare ENTRARE dopo e/o USCIRE anticipatamente ___ l ___ proprio Figlio rispetto al normale ORARIO delle LEZIONI, quando ne sussistano necessità organizzative e previa informazione sul sito della scuola.
 Aprilia _____ Il GENITORE _____

ACCESSO AL REGISTRO ELETTRONICO

Indicare la MAIL di ambedue i GENITORI per la CONSEGNA della PASSWORD di ACCESSO al REGISTRO ELETTRONICO, atto a visionare la VALUTAZIONE del PROPRIO FIGLIO:
 EMAIL - PADRE _____
 EMAIL - MADRE _____

INFORMAZIONI SULL' ALUNN _____

- * Alunn___/___ ORFANO di entrambi i Genitori o in AFFIDO ai SERVIZI SOCIALI SI NO
- * Alunno con situazione Familiare, sociale e/o economica particolarmente gravosa documentata e comprovata dal Servizio Sociale o dalla Struttura Sociosanitaria della A.S.L. territoriale SI NO
- * Alunn___/___ proveniente da Famiglia con un solo Genitore SI NO
- * Altri FRATELLI / SORELLE frequentanti lo stesso Istituto e Classe frequentata

Cognome _____ Nome _____ Classe _____

** Per gli **ALUNNI STRANIERI** nati all'**ESTERO** si richiede di indicare la DATA di ARRIVO in ITALIA nel formato gg/mm/aaaa

____/____/____

** Conoscenza della Lingua ITALIANA e livello di Integrazione

SI NO

DOCUMENTI da ALLEGARE alla DOMANDA di ISCRIZIONE

- 1) CERTIFICAZIONE delle COMPETENZE rilasciato dalla SCUOLA MEDIA e la SCHEDA di VALUTAZIONE (PAGELLA) dell'ultimo anno (solo per le CLASSI PRIME)
- 2) DIPLOMA di SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (LICENZA MEDIA) (solo per le CLASSI II, III, IV e V)
- 3) Numero UNA FOTO TESSERA

VERSAMENTI da ALLEGARE alla DOMANDA di ISCRIZIONE*** CLASSI PRIME, SECONDE, TERZE, QUARTE e QUINTE**

- 1) VERSAMENTO DI EURO _____ sul C.C. n° 10166049 intestato a: ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE "C. e N. ROSSELLI" - Servizio Cassa indicando nello spazio della CASUALE la dicitura: "EROGAZIONE LIBERALE" per l'Innovazione Tecnologica, e l'Ampliamento dell'Offerta Formativa

Si ricorda che il VERSAMENTO DEVE ESSERE ESEGUITO a nome dello STUDENTE e non dal GENITORE

Il CONTRIBUTO VOLONTARIO previsto dalla Delibera n° 7 del Consiglio di Istituto del 27 GENNAIO 2017 E' FISSATO in EURO **90,00** (NOVANTA/00) L'ANNO.

IL PAGAMENTO del CONTRIBUTO VOLONTARIO PERMETTE LA PARTECIPAZIONE AI BENEFICI PREVISTI DAL CONSIGLIO DI ISTITUTO.

* **PER LE CLASSI QUARTE** in aggiunta occorre procedere al

- 2) VERSAMENTO DI EURO **21,17** a nome dell'Alunno da versare su C.C.P. n. 1016 intestato ad: AGENZIA delle ENTRATE - TASSE SCOLASTICHE - Centro Operativo di PESCARA -- CAUSALE: TASSA di ISCRIZIONE e FREQUENZA per la CLASSE **QUARTA** SEZIONE _____ CORSO _____ A.S. _____

* **PER LE CLASSI QUINTE** in aggiunta occorre procedere al

- 2) VERSAMENTO DI EURO **15,13** a nome dell'Alunno da versare su C.C.P. n. 1016 intestato ad: AGENZIA delle ENTRATE - TASSE SCOLASTICHE - Centro Operativo di PESCARA - CAUSALE: TASSA di FREQUENZA per la CLASSE **QUINTA** SEZIONE _____ CORSO _____ A.S. _____