

Composizione della famiglia convivente

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

I sottoscritti, esercenti la potestà sul minore, dichiarano espressamente che i dati riportati nella presente scheda corrispondono a realtà (si ricorda che la normativa vigente prevede esplicite sanzioni di natura penale in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'articolo 76 D.P.R. n. 445/2000) e si impegnano a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nei suddetti dati.

Firma _____ Firma _____

I sottoscritti, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, autorizzano l'Istituto Sociale ad utilizzare i dati contenuti nel presente contratto esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Scuola, ai sensi e nei limiti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. "Tutela della Privacy" e del GDPR EU 679/2016.

Firma _____ Firma _____

I sottoscritti, genitori del minore _____, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, dichiarano di

autorizzare non autorizzare

l'Istituto Sociale, nel pieno rispetto della normativa vigente in tema di tutela della privacy (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e Reg. UE 679/2016), a diffondere materiale fotografico, audio e video riguardanti il suddetto minore, in forma cartacea e/o digitale e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti.

Immagine e filmati potranno essere realizzati nel corso della sua permanenza presso l'Istituto Sociale a scopo educativo e didattico, nonché per far conoscere all'esterno le attività che si svolgono nella scuola.

Torino, _____

Firma _____ Firma _____

Richiedono che il contratto di comodato gratuito relativo al TABLET fornito dall'Istituto per il proprio figlio venga intestato, utilizzando i dati dichiarati nella presente scheda, a:

padre madre



Corso Siracusa, 10 - Torino - Tel. 011 357835
info@istitutosociale.it - istitutosociale.it

Modello IS/01 - Ad esclusivo uso interno dell'Istituto Sociale - Riproduzione vietata



Prot. n. _____

LICEO
SCIENTIFICO

AD AMPLIAMENTO INTERNAZIONALE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Direttore dell'Istituto Sociale

I/Il/La sottoscritti/o/a

_____ Codice Fiscale _____
(NOME E COGNOME)
residente a _____ (CITTÀ) _____ (PROV.)
in _____
(INDIRIZZO COMPLETO: VIA O CORSO, NUMERO CIVICO, CAP)

e

_____ Codice Fiscale _____
(NOME E COGNOME)
residente a _____ (CITTÀ) _____ (PROV.)
in _____
(INDIRIZZO COMPLETO: VIA O CORSO, NUMERO CIVICO, CAP)

esercenti/e la potestà sul minore

_____ Codice Fiscale _____
(NOME E COGNOME)
nato/a a _____ (CITTÀ) _____ (PROV.) il _____ (GIORNO/MESE/ANNO DI NASCITA)
cittadinanza: italiana altra (indicare quale) _____
se la cittadinanza è diversa da italiana, indicare l'età di arrivo dell'alunno in Italia _____

IN ADESIONE

- ▶ al Progetto Educativo dell'Istituto Sociale, che prevede anche l'insegnamento della Religione Cattolica;
- ▶ alle norme che regolano la vita della Scuola;
- ▶ alle condizioni e ai termini economici e in particolare all'obbligazione relativa alla corresponsione, alle scadenze stabilite, dei ratei annualmente fissati dalla Scuola;
- ▶ alle norme di sicurezza e igienico-sanitarie adottate dalla Scuola per prevenire e contenere la diffusione degli eventuali contagi da Covid-19, in ottemperanza alle disposizioni di Legge;

di cui dichiara di aver preso visione,

CHIEDONO / CHIEDE

l'iscrizione del minore sopraindicato al

_____ (INDICARE CICLO EDUCATIVO, EVENTUALE CORSO DI STUDI E CLASSE)

presso l'Istituto Sociale per l'anno scolastico _____

e si impegnano/impegna a collaborare con la Scuola per il successo dell'azione educativa. Prendono/Prende altresì atto che la permanenza all'Istituto è subordinata alla consonanza di intenti tra Istituto, famiglia e alunno.

L'accettazione o riaccettazione dell'alunno è annuale, ma il rapporto educativo si intende tacitamente rinnovato per l'anno successivo se una delle due parti non avrà manifestato esplicitamente volontà diversa entro la fine dell'anno scolastico.

DICHIARANO / DICHIARA ALTRESÌ

▶ di essere consapevoli/e di dover contribuire alle spese (da concordare preventivamente con il Direttore dell'Istituto) nel momento in cui si presentassero le seguenti necessità:

- richiedere la predisposizione di un'assistenza speciale da parte di un accompagnatore;
- richiedere la predisposizione di un'assistenza speciale da parte di un insegnante di supporto qualificato per superare difficoltà didattico-comportamentali.

▶ di richiedere le seguenti attenzioni particolari di carattere alimentare supportate da eventuale documentazione medica:

Consapevoli/e della responsabilità assunta con l'esplicita adesione ai termini contrattuali di cui sopra, confidano/confida nella favorevole accoglienza della presente domanda di iscrizione.

Comunicano che intendono utilizzare la seguente modalità di pagamento (barrare la voce prescelta):

- RID (SDD) con 10 rate mensili da pagarsi entro il 2 di ogni mese
- Bonifico bancario o assegno con versamento in unica soluzione entro il 15 settembre

Il/I genitore/i esercente/i la responsabilità genitoriale dichiara/dichiarano, inoltre, di essere consapevoli che il pagamento della retta scolastica è essenziale per la fruizione dei servizi erogati dall'Istituto Sociale e per il mantenimento degli standard educativi che la Scuola intende perseguire.

Dichiara/dichiarano altresì di essere consapevoli che la retta si riferisce ad una prestazione a carattere unitario e che il pagamento rateizzato della medesima costituisce un mero beneficio concesso dalla Scuola.

Torino, _____

Firma _____ Firma _____

Il Direttore dell'Istituto, preso atto della richiesta avanzata, accetta l'iscrizione dell'allievo/a.

Prof. Vincenzo Sibillo

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che l'Istituto Sociale può utilizzare i dati contenuti nel presente contratto esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Scuola, ai sensi e nei limiti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. "Tutela della Privacy" e del GDPR EU 679/2016.

Firma _____ Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE DATI

La presente scheda ha funzione di **autocertificazione** dei dati, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e secondo le disposizioni di Legge vigenti.

I sottoscrittori sono consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero.

Vaccinazioni obbligatorie del minore, ai sensi della legge 31 luglio 2017 n. 119

SÌ

NO

Eventuali annotazioni _____

Scuola di provenienza _____

Ultima classe frequentata _____

Lingua/e straniera/e studiata/e _____

Cognome e nome del **padre** _____
(O DI CHI NE ESERCITA LA POTESTÀ)

nato a _____ giorno _____ mese _____ anno _____

professione _____ titolo di studio _____

Cognome e nome della **madre** _____
(O DI CHI NE ESERCITA LA POTESTÀ)

nata a _____ giorno _____ mese _____ anno _____

professione _____ titolo di studio _____

Residenza alunno/a

C.A.P. _____ Città _____ Via _____

Circ. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

C.A.P. _____ Città _____ Via _____

Circ. _____

Telefono abitazione _____ Cell. Madre _____ Cell. padre _____

E-mail madre _____ E-mail padre _____

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)