

ISTITUTO ORSOLINE DI S. CARLO – Via S. Giuseppe 60 – 21047 Saronno (VA)

Controllato da RQ _____	PUNTO DI NORMA	Tipologia di documento	Data 02/11/2022
Approvato da DIR _____	8	MOD. Domanda di iscrizione Ist. Prof.	Rev. 05

**Al Coordinatore delle attività educative e didattiche
dell'Istituto Professionale Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale
"Orsoline S. Carlo" di Saronno VA**

Il sottoscritto _____ padre/tutore _____
(cognome e nome) (CODICE FISCALE)

La _____ sottoscritta _____ madre/tutore _____
(cognome e nome) (CODICE FISCALE)

dell'alunno/a _____
(cognome e nome)

CHIEDONO

l'iscrizione dell'__ stess__ alla classe ____ - sede di Saronno VA per l'anno scolastico 20__/20__,
dichiarano di accettare il Piano dell'Offerta Formativa della scuola e si impegnano a sottoscrivere il Patto
Educativo di Corresponsabilità e il Regolamento Scolastico, inseriti nel Libretto Personale. Dichiarano,
altresì, di essere consapevoli che in caso di ritiro dell'iscrizione, la quota versata non verrà restituita salvo
valutazione delle motivazioni da parte del Consiglio di Direzione.

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle
responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

l'alunn _____
(cognome e nome) (CODICE FISCALE)

- è nat__ a _____ (Prov. _____) il _____
- è cittadino italiano altro (indicare quale) _____
- è residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ N. _____
tel. _____
e-mail _____
- proviene dalla Scuola _____ di _____
ove ha frequentato la classe _____/ o ha conseguito il diploma _____
con valutazione di _____ - lingue straniere studiate: _____

ISTITUTO ORSOLINE DI S. CARLO – Via S. Giuseppe 60 – 21047 Saronno (VA)

Controllato da RQ _____	PUNTO DI NORMA	Tipologia di documento	Data 02/11/2022
Approvato da DIR _____	8	<i>MOD. Domanda di iscrizione Ist. Prof.</i>	Rev. 05

- che la propria famiglia convivente è composta da (indicare tutti i membri):

cognome e nome	luogo di nascita	data	parentela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie sì no
(in allegato il certificato)

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola:

Saronno, _____

Firma del padre/tutore

Firma della madre/tutore

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa – pubblicata sul sito dell'Istituto – sul trattamento dei dati personali da parte del Titolare così come disciplinato dalla normativa vigente e autorizzano il Titolare stesso, individuato nell'informativa, al trattamento degli stessi per le finalità ivi indicate ai sensi del D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018, e del Regolamento UE n. 679/2016.

Firma del padre/tutore

Firma della madre/tutore

- Il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire che i dati personali sensibili del/la proprio/a figlio/a possano essere trasmessi all'ATS e ad altri Enti sia dell'Area sanitaria che sociale per i compiti istituzionali assegnati di prevenzione, tutela e sorveglianza della salute della collettività, nonché per necessità di assistenza socio sanitaria dell'alunno/a medesimo.

Firma del padre/tutore

Firma della madre/tutore

Per Genitori separati o divorziati:

- I Genitori concordano che la Scuola effettui le comunicazioni relative alla valutazione quadrimestrale e finale solo al Genitore presso il quale è collocato l'alunno/a. Altre comunicazioni rilevanti saranno reperibili sul sito della Scuola. (Si allega il provvedimento dell'autorità giudiziaria).
- I Genitori concordano che la Scuola effettui le comunicazioni relative alla valutazione quadrimestrale e finale ad entrambi i Genitori. Altre comunicazioni rilevanti saranno reperibili sul sito della Scuola.

Saronno, _____

Firma del padre/tutore

Firma della madre/tutore
