

### Trattamento dati studenti maggiorenni

I docenti dell'istituto, la segreteria e il dirigente scolastico, al fine di informare i genitori\tutori dello studente circa l'andamento didattico-disciplinare dello stesso, potrebbero comunicare ai genitori\tutori stessi informazioni in merito ai voti, alle assenze, alle sanzioni disciplinari e ad ogni altra situazione giudicata di rilevante interesse.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **studente maggiorenne** della classe \_\_\_\_\_

do il consenso

nego il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma dello studente maggiorenne: \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore (per presa visione): \_\_\_\_\_

**Firma congiunta se i genitori sono separati o divorziati; altrimenti a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori concordano che la scuola effettui le comunicazioni a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.**

Data \_\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

Comunicazioni da inviare a : \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Spazio per eventuali note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spazio per eventuali note: \_\_\_\_\_

**Versamento (volontario) per tutti gli studenti sul ccp 35855824 intestato a :IIS Galilei-Luxemburg Milano**

**Versamento ulteriore, solo per gli iscritti alle classi 4<sup>A</sup> (€ 21,17) e 5<sup>A</sup> (€ 15,13), sul ccp 1016 intestato all'Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara.**



<input type="checkbox"/> uscita anticipata
<input type="checkbox"/> sportello psicologico
<input type="checkbox"/> studenti maggiorenni/genitori
<input type="checkbox"/> immagine
<input type="checkbox"/> IRC
<input type="checkbox"/> documentazione BES DVA
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

### ISCRIZIONE - A.S. 2018/19

(DA COMPILARE ENTRO L' 08 FEBBRAIO 2018)

(compilare in stampatello maiuscolo)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre  madre  tutore  alunno /a maggiorenne

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ sesso [ M ] [ F ]

proveniente dalla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ di questo istituto o da altro (specificare quale) \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ISCRIZIONE** dello /a stesso/a, per l'anno scolastico **2018/2019**, alla classe \_\_\_\_\_

#### SEDE VIA PARAVIA, 31 (GALILEI)

Grafica e comunicazione	<input type="checkbox"/>
Meccanica mecatronica	<input type="checkbox"/>
Meccanica mecatronica tecnologia dell'occhiale	<input type="checkbox"/>
Elettronica ed elettrotecnica	<input type="checkbox"/>
Informatica e telecomunicazioni	<input type="checkbox"/>
Arti ausiliarie delle professioni sanitarie (ottico)	<input type="checkbox"/>
Servizi per la sanità e l'assistenza sociale <i>(ex socio-sanitario solo classi prime)</i>	<input type="checkbox"/>
Corso leFP operatore meccanico	<input type="checkbox"/>

#### SEDE VIA DEGLI ULIVI, 6 (LUXEMBURG)

Industria e artigianato per il Made in Italy(fotografia) <i>(solo classi prime)</i>	<input type="checkbox"/>
Produzioni artigianali ed industriali (fotografia)	<input type="checkbox"/>
Servizi culturali e dello spettacolo <i>(ex produzioni audiovisive solo classi prime)</i>	<input type="checkbox"/>
Industria e produzioni audiovisive	<input type="checkbox"/>
Manutenzione e assistenza tecnica	<input type="checkbox"/>
Servizi socio sanitari	<input type="checkbox"/>
Corso leFP operatore grafico-multimedia	<input type="checkbox"/>
Corso leFP operatore elettrico	<input type="checkbox"/>

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'alunno/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è cittadino/a Italiano/a  altro (specificare)  \_\_\_\_\_  
è residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Recapito del **padre** (se diverso dalla residenza dello studente)  
Tel. Lavoro \_\_\_\_\_ Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Recapito della **madre** (se diverso dalla residenza dello studente)  
Tel. Lavoro \_\_\_\_\_ Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Recapito del **tutore** (se diverso dalla residenza dello studente)  
Tel. Lavoro \_\_\_\_\_ Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Che la famiglia convivente con l'alunno è composta da:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

#### ED INOLTRE

**Dichiara**, sotto la propria responsabilità, di non aver presentato domanda di iscrizione in altri istituti

**Si impegna** a segnalare tempestivamente al dirigente scolastico e ai docenti interessati la sussistenza di eventuali patologie e problemi specifici di apprendimento, **consegnando** contestualmente all'iscrizione, **tutta la documentazione di riferimento**.

**Da il consenso all'uscita anticipata rispetto all'orario delle lezioni**, in caso di improvvisa assenza di un docente o al verificarsi di eventi imprevedibili come: mancato funzionamento del riscaldamento, mancata erogazione dell'acqua, ecc.(se l'alunno è minorenne)

**do il consenso**

**nego il consenso**

**Autorizza** l'IIS G.Galilei – R. Luxemburg a **diffondere l'immagine** del /la proprio/a figlio/a , nel rispetto della tutela della privacy (d.lgs. N.196/2003), in manifestazioni, pubblicazioni su web, proiezioni pubbliche, esclusivamente in relazione alle iniziative che la scuola organizza nell'ambito delle attività del PTOF.

**autorizzo**

**non autorizzo**

**Autorizza** l'IIS G.Galilei – R.Luxemburg a **diffondere dati relativi agli esiti scolastici**, nell'interesse dell'inserimento professionale dell'alunno/a (art.96 del d.lgs. N.196/2003)

**autorizzo**

**non autorizzo**

**Acconsente** l'eventuale **accesso** di suo/a figlio/a al servizio di **sportello psicologico** offerto dalla scuola.

**acconsento**

**non acconsento**

**Dichiara** di aver **preso visione del patto di corresponsabilità** scuola-famiglia e di sottoscriverlo.

**Dichiara** di aver **preso visione del PTOF** (Piano Triennale dell'Offerta Formativa dell'istituto).

**Dichiara** di essere consapevole che **la scelta di avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica** ha effetto per l'intero anno scolastico a cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fermo restando, il diritto di modificare la scelta entro, e non oltre, la data di rinnovo dell'iscrizione all'anno scolastico successivo secondo le modalità stabilite dall'autorità scolastica.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del genitore/tutore**  
\_\_\_\_\_