

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE L. LUZZATTI

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI PERCORSI DI SECONDO LIVELLO

Al Dirigente scolastico dell'I.I.S. "L. LUZZATTI"

I sottoscritt _____ M F

Codice fiscale _____

CONFERMA L'ISCRIZIONE per l'anno scolastico 20____/20____

al percorso di secondo livello dell'indirizzo di studio:

SERVIZI COMMERCIALI

SERVIZI SOCIO-SANITARI

- Secondo periodo didattico classe TERZA classe QUARTA
- Terzo periodo didattico classe QUINTA

CHIEDE

(ai fini della stipula del PATTO FORMATIVO INDIVIDUALE)

il riconoscimento dei crediti, riservandosi di allegare l'eventuale relativa documentazione.

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

DICHIARA DI

- essere nat__ a _____ il _____
- essere cittadin__ italian__ altro (indicare nazionalità) _____
- essere residente a _____ Provincia _____ Via/Piazza _____ n. _____
tel. _____ cellulare _____ e-mail _____
- di essere già in possesso del titolo di studio conclusivo del primo ciclo
- chiedere il riconoscimento dei crediti, per il quale allega i seguenti documenti:

- non poter frequentare il corso diurno per i seguenti motivi (per i minori di età fra i 16 e i 18 anni)

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)

I sottoscritt _ presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, 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 (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data _____ Firma _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale per il minore

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

I sottoscritt dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____ Firma _____

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305.

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
L. LUZZATTI**

CONTRIBUTO SCOLASTICO OBBLIGATORIO DI € 10,00 *(dieci/00)*
per spese di gestione assicurazione

da versare servendosi del sistema [Pago in Rete](#), messo a disposizione dal Ministero dell'Istruzione.
Ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento cliccando [qui](#)

CONTRIBUTO SCOLASTICO VOLONTARIO DI € 100,00 *(cento/00)*

da versare servendosi del sistema [Pago in Rete](#), messo a disposizione dal Ministero dell'Istruzione.
Ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento cliccando [qui](#)

TASSE SCOLASTICHE DI ISCRIZIONE

da versare sul Conto Corrente Postale n. 1016 intestato a AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – TASSE SCOLASTICHE, servendosi del sistema [Pago in Rete](#) , messo a disposizione dal Ministero dell'Istruzione.

ALUNNI INTERNI	€ 15,13 <i>(quindici/13)</i>
----------------	------------------------------

Tali importi sono fiscalmente detraibili in base al D. Lgs. n. 917/1986.

ALLEGARE ALLA DOMANDA ATTESTAZIONI DEL VERSAMENTO