

# DOMANDA DI ISCRIZIONE CLASSE \_\_\_\_\_

Anno scolastico [...../.....]

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ☐ padre ☐ madre ☐ tutore

dell'alunno \_\_\_\_\_

## CHIEDE

L'iscrizione dell' stess alla classe \_\_\_\_\_

SETTORE TECNOLOGICO	SETTORE ECONOMICO
<input type="checkbox"/> Chimica e materiali: opzione tecnologie del cuoio	<input type="checkbox"/> <u>Amministrazione Finanza e Marketing</u>
<input type="checkbox"/> Chimica e Biotecnologie ambientali	<b>Opzione 2° lingua (1^ scelta)</b> <input type="checkbox"/> Tedesco ☐ Francese ☐ Spagnolo
<input type="checkbox"/> Chimica e Biotecnologie sanitarie	<b>Opzione 2° lingua (2^ scelta)</b> <input type="checkbox"/> Tedesco ☐ Francese ☐ Spagnolo
<input type="checkbox"/> Costruzioni, ambiente e territorio	<input type="checkbox"/> <u>Turismo</u>
	<b>Opzione 2° lingua (1^ scelta)</b> <input type="checkbox"/> Tedesco ☐ Francese ☐ Spagnolo
	<b>Opzione 2° lingua (2^ scelta)</b> <input type="checkbox"/> Tedesco ☐ Francese ☐ Spagnolo

## AUTOCERTIFICAZIONE

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

L'alunno \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

- è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- è cittadino: italiano ☐ altro (indicare) ☐ \_\_\_\_\_ in Italia dal \_\_\_\_\_

- per i cittadini stranieri: anni di frequenza in scuole italiane \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cellulare dei genitori: madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_

proveniente dall'Istituto Superiore di 1° grado \_\_\_\_\_

proveniente dall'Istituto Superiore di 2° grado \_\_\_\_\_

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)

☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920

Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

**Il sottoscritto genitore dichiara**

che il figlio/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie:  si  no  
(si allega fotocopia libretto vaccinazioni)

che la propria famiglia è composta da: (scrivere in stampatello)

cognome e nome	luogo di nascita	data di nascita	rapp. di parentela

Data \_\_\_\_\_ Firma di un genitore /tutore \_\_\_\_\_

**fratelli in età scolare**

- ( ) - 0 = nessuno
- ( ) - 1 = fratello minore/maggiore nella stessa scuola

Classe 1<sup>^</sup> fratello .....

Classe 2<sup>^</sup> fratello .....

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

genitori dello studente \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

appongono, in calce, la propria firma:

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

### INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ a conoscenza del diritto riconosciuto dallo Stato, alla libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (art. 9.2 del Concordato 18.02.1984 ratificato con legge 25.03.1985)

**ch i e d e      d i**

- avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
- non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

  

nel caso in cui non si avvalga dell'insegnamento della Religione Cattolica

**ch i e d e**

- a) attività didattiche e formative
- b) attività di studio e/o di ricerca individuali con assistenza di personale docente
- c) entrata dopo la prima ora/uscita dalla scuola prima dell'ultima ora (\*)

  
  

(\*) solo nel caso l'ora di religione cada alla prima o all'ultima ora della giornata scolastica;  
nel caso venga scelto il punto c il genitore dello studente deve indicare un'alternativa (a-b) e compilare la seguente dichiarazione:

Il sottoscritto genitore dello studente \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, di consentire al proprio figlio/a l'uscita dall'edificio scolastico durante l'ora di religione. (\*)

Con la presente dichiarazione il sottoscritto esonera da ogni responsabilità l'istituto per quanto possa accadere al proprio figlio/a durante l'assenza dalla scuola nell'ora di religione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

### USCITE DIDATTICHE E VISITE GUIDATE NEL TERRITORIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'allievo/a \_\_\_\_\_

**autorizza**

le uscite didattiche e le visite guidate nel territorio organizzate dall'Istituto nell'ambito della programmazione educativa e didattica.

Solleva la scuola da responsabilità che debbano andare oltre la normale ed assicurata attività di vigilanza dei docenti.

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)

☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920

Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

**FIRMA**.....|

### USO IMMAGINI

Si chiede l'autorizzazione all'utilizzo delle immagini, proprie o del minore rappresentato, contenute nelle riprese fotografiche, audio, video effettuate dal personale della scuola o da altro operatore da essa incaricata. La presente autorizzazione è valida per tutto il percorso scolastico.

**FIRMA**.....|

**Data**.....|

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/03

Il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 prevede il diritto alla protezione dei dati personali riguardanti chiunque. In ottemperanza a tale normativa, Il Dirigente scolastico dell'Istituto che tratta i dati personali Suoi e di suo/a figlio/a, in qualità di titolare del trattamento dei dati, ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, desidera preventivamente informarLa, che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza e trasparenza, nonché di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Pertanto Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento che intendiamo effettuare dei Suoi dati personali, con particolare riguardo ai dati "sensibili":

1. il trattamento ha le seguenti finalità: Comunicazioni ad altri enti
2. il trattamento sarà effettuato ad opera di soggetti appositamente incaricati sia in forma manuale sia con l'ausilio di strumenti informatici; in ogni caso sarà effettuato secondo logiche strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei suoi dati ai sensi di legge.
3. il conferimento dei Suoi dati è per Lei obbligatorio
4. l'eventuale mancato, o errato, conferimento dei Suoi dati potrebbe comportare le seguenti conseguenze:
  - Non siamo in grado di rispondere a quesiti o statistiche da parte dello Stato/Regione o ente;
  - Non possiamo rispettare quanto imposto dalla normativa in materia fiscale
5. i soggetti ai quali i Suoi dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati sono i seguenti: il titolare, il responsabile, gli incaricati, addetti all'Ufficio personale, addetti all'Amministrazione, Ufficio commerciale, aziende di credito, Pubbliche Amministrazioni, organismi dell'Amministrazione Finanziaria, uffici periferici del Ministero della Pubblica Istruzione, ed altri.
6. i Suoi dati personali saranno oggetto di diffusione presso Aziende Sanitarie locali per segnalazioni/comunicazioni in merito alle vaccinazioni, presso istituti scolastici in merito alla continuità scolastica (trasferimenti), presso Aziende ed Enti pubblici in caso di stage professionali per gli studenti.
7. Lei potrà far valere i Suoi diritti, così come disciplinati dall'art.7 del D. Lgs. n. 196/03 rivolgendosi al Titolare del trattamento.
8. Il Titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico.

Per presa visione l'interessato \_\_\_\_\_ (data e firma)

### Consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati comuni

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/03, attesta il proprio **libero consenso** affinché il titolare proceda al trattamento dei dati personali propri e di suo/a figlio/a, come risultanti dalla presente scheda informativa fino a quando il figlio /a rimarrà in questo Istituto.

Dichiara inoltre di avere preso visione dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 contente i diritti dell'interessato.

Data e Firma leggibile .....

### DOCUMENTI ALLEGATI

- Certificato provvisorio o autocertificazione di licenza istituto sec. 1° grado  
(solo per la classe prima)
- Attestazione** versamento
- Una foto formato tessera
- Fotocopia del codice fiscale

foto

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)

☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920

Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

---

**Eventuali richieste**

.....

.....