

“I.ALEANDRI”

COLLEGE

POLO PARITARIO

(D.R. 17/11/2005)

RAGIONERIA AFM- LICEO SCIENTIFICO opzione Sc.Applicate- GEOMETRI CAT

PROFESSIONALE SERVIZI SOCIO SANITARI

LICEO LINGUISTICO

TEL. 0733 – 235157- FAX 0733 – 1941322

Email: itcireneoaleandri@libero.it info@istitutoaleandri.com

PEC istitutoaleandri@pec.it

ISTITUTO I.Aleandri srl –Codice fiscale, partita iva, numero di iscrizione al Registro Imprese di Chieti: 02079410698

Sede Operativa e Legale: Via Cincinelli, 4- 62100 Macerata (MC)

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Dirigente Scolastico dell' Istituto I. Aleandri

Il/La sottoscritto/a _____ PADRE MADRE TUTORE

CHIEDE

di poter effettuare l' iscrizione dell' alunno _____

se medesimo

alla classe _____ Indirizzo di studio _____ per l' a.s. 20____/20____

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 _____

- è nat__ a _____ il _____

- Codice Fiscale _____

- è cittadino/a italiano altro (indicare la nazionalità) _____

- è residente a _____ provincia di _____

Via/Piazza _____ n. _____

n. telefono fisso _____ n.cellulare proprio _____

n.cellulare padre _____ n. cellulare madre _____

Indirizzo mail genitore: _____

Indirizzo mail alunno: _____

- proviene dalla scuola/istituto _____ classe _____

- ha studiato le seguenti lingue straniere _____ / _____ / _____

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie si no

Data _____

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

Il sottoscritto 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 Giugno 2003, n.196). La domanda di iscrizione presso il nostro Istituto, per l'anno scolastico in corso, è stata accettata con riserva. La documentazione relativa al curriculum scolastico e alla regolarizzazione della iscrizione (fotocopia Carta d'Identità, copia codice fiscale, diploma Licenzia media, pagelle anni scolastici precedenti, certificato di nascita e di residenza, certificato di tirocinio per l'indirizzo PROF. SERVIZI SOCIO SANITARI) dovrà essere consegnata alla Segreteria dell'Istituto entro breve termine. In assenza di tale documentazione, la riserva non potrà essere sciolta e l'iscrizione sarà considerata non valida. Inoltre, dove previsto dal regolamento, la riserva sarà sciolta previo superamento dell'esame integrativo.

Data _____

firma _____

Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Alunno _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'Accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nelle modalità di applicazione il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o meno dell'insegnamento della religione cattolica.

- SCELTA DI AVVALERSI DELLA RELIGIONE CATTOLICA**
- SCELTA DI NON AVVALERSI DELLA RELIGIONE CATTOLICA**
(in caso abbiate effettuato questa scelta prego vogliate barrare una delle sottostanti opzioni)
 - uscita dalla scuola FIRMA: (del genitore se alunno minorenni).....
 - studio individuale autonomo
 - attività alternative assistite

Modulo per l'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'invio di SMS di avviso presenze/assenze e note disciplinari

- SCELTA DI AVVALERSI DEL SERVIZIO SMS**
- SCELTA DI NON AVVALERSI DEL SERVIZIO SMS:**
 - Vogliate inviare gli SMS al seguente numero di cellulare:.....
 - Prego vogliate interrompere il servizio di invio sms a partire dal giorno:..... FIRMA

FIRMA:

Genitore o di chi esercita la potestà per gli alunni delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di secondo grado (se alunno minorenni)

Studente (se maggiorenne o comunque frequentante un Istituto secondario superiore)

Data _____

Scuola _____

Classe _____ sezione _____

Art. 9.2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la legge 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell' 11 febbraio 1929;
"La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado.
Nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento.
All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione:"