



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO
ENOGASTRONOMIA, OSPITALITA' ALBERGHIERA -
SOCIO SANITARIO
I.P.E.O.A. "A. PEROTTI"**

Domanda di iscrizione

Al Dirigente Scolastico
"Armando PEROTTI"
BARI

___l___ sottoscritt ___ (Cognome) _____ (Nome) _____

Padre Madre Tutore Altro: _____

*Alunn ___ (Cognome) _____ (Nome) _____

dati dell'alunno (*N.B. Campi obbligatori)

Nata/o a (Città*) _____ (Prov.) (_____) il ___/___/___

(per gli alunni stranieri nati all'estero si richiede di indicare la data di arrivo in Italia) ___/___/___

residente a (Città) _____ (Prov.) (_____) C.A.P. _____

Indirizzo _____ n. ___/___

*cell.(Madre) _____ (Casa) _____ e-mail _____

*cell.(Padre) _____ (Casa) _____ e-mail _____

*cell.(Alunno) _____ (Casa) _____ e-mail _____

(Altro) _____ e-mail _____

si impegna a comunicare eventuali variazioni dei dati anagrafici/recapiti soprariportati, entro sette (7) giorni dall'evento.

Iscritto e frequentante nell'a. s. 20___/20___ la Classe: **1^a** **2^a** **3^a** **4^a** **5^a** Sez. _____

Presso l'Istituto Scolastico: _____ Sede: _____

Lingua straniera (Inglese) 2^a lingua _____

CHIEDE

l'iscrizione per l'a. s. 20___/20___ al: **-1^a** **-2^a** **-3^a** **-4^a** **-5^a** corso presso codesto Istituto – indirizzo:

I.P.E.O.A.
<input type="checkbox"/> Biennio (classe 1 ^a - 2 ^a)
<input type="checkbox"/> Sala e Vendita (classe 3 ^a - 4 ^a -5 ^a)
<input type="checkbox"/> Accoglienza Turistica (classe 3 ^a - 4 ^a -5 ^a)
<input type="checkbox"/> Enogastronomia (classe 3 ^a - 4 ^a -5 ^a)

<i>Socio Sanitario</i>	<i>Sede</i>
Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale (classe 1 ^a -2 ^a -3 ^a)	<input type="checkbox"/> Triggiano

___l___ sottoscritt___ DICHIARA che la propria famiglia convivente è composta da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela

* __1__ sottoscritt__ DICHIARA che __1__ propri__ figli__ è stat__ sottopost__ alle vaccinazioni obbligatorie:

SI NO

Alunno/a con disabilità: SI NO

Alunno/a DSA: SI NO

Alunno/a con disabilità non autonomo che necessita di assistenza di base (AEC): SI NO

Ai sensi della legge 104/1992 e della legge 170/2010, in caso di alunno con disabilità o disturbi specifici di apprendimento (DSA); **la domanda andrà perfezionata presso la segreteria scolastica, consegnando copia della certificazione entro l'inizio dell'anno scolastico.**

* Esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica per l'anno 20___/20___ SI - NO

FIRMA (studente)

FIRMA (genitore e/o chi esercita la potestà)

* __1__ sottoscritt__ DICHIARA di aver preso visione del Patto di Corresponsabilità e di accettare senza riserve quanto previsto dallo stesso. SI NO -

FIRMA (genitore e/o chi esercita la potestà)

* __1__ sottoscritt__ AUTORIZZA l'Istituto a fotografare e/o filmare il/la proprio/a figlio/a impegnato/a in attività scolastiche e a pubblicare le relative immagini sul sito web, sul giornale e sul materiale informativo, tutti editi dalla Scuola:

SI NO - in conformità con il D.L. 196/2003 e R.E. 2016/679.

In caso di sopravvenute necessità, autorizza il Sig. _____ a prelevare l'alunno/a prima dei termini delle lezioni;

FIRMA (genitore e/o chi esercita la potestà)

*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

FIRMA (genitore e/o chi esercita la potestà)

Nel caso in cui l'alunno non venga ammesso alla classe successiva, **si intende riconfermata l'iscrizione** per la stessa classe solo ed esclusivamente per la 2^a volta. **Non è possibile ammettere un alunno** che si iscrive per il terzo anno consecutivo, nello stesso indirizzo studio, qualora non ammesso per due volte consecutive, tranne, se lo stesso non cambia indirizzo di studi.

Alla domanda, devono essere allegati, a nome dello studente, fotocopia dei versamenti tasse Stato, contributi scolastici volontari.

I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al D.L. 196/2003 e R.E. 2016/679

Data ___/___/___

Firma dell'alunno

FIRMA (genitore e/o chi esercita la potestà)

(leggi 15/98- 127/97 - 131/98 - DPR 28/12/2000 n.445)

Modulo dichiarazione liberatoria
per piattaforma “Google Workspace For Education”

Al Dirigente Scolastico
Istituto Alberghiero
“Armando PEROTTI”
- Bari -

I/il sottoscritt_____ genitore/i/tutore
dell’alunno/a _____

AUTORIZZA

L’Istituto “Armando Perotti” a creare una casella mail con estensione: **cognome.nome@istitutoperottibari.net** al proprio/a figlio/a nonché l’utilizzo, da parte dell’alunno/a suindicato, della piattaforma “Google Workspace For Education” anch’essa gestita dall’Istituto scolastico - A. PEROTTI - .

L’uso di questo servizio online sarà limitato al lavoro scolastico e potrà essere monitorato dai docenti.

L’Istituto non può essere responsabile per la natura o il contenuto del materiale reperito su Internet e non è responsabile degli eventuali danni attivi e passivi provocati dall’utilizzo improprio degli strumenti connessi ad internet.

Le credenziali di accesso saranno comunicate direttamente ai genitori per la cessione al figlio/a che dovrà custodirle con cura e riservatezza. L’amministratore potrà, se necessario, modificare/ripristinare la password dello studente.

Inoltre, i/il sottoscritti/o

DICHIARA

- ✓ di accettare il divieto di utilizzo della piattaforma per gestire dati e comunicazioni a carattere personale
- ✓ di conoscere ed accettare il divieto di utilizzo della piattaforma in modo improprio e che qualora venga accertata un’infrazione nell’utilizzo, la stessa comporterà una sanzione disciplinare;

Si informa che questi dati saranno trattati dall’Ente Scuola secondo quanto previsto e disposto, in materia di Protezione dei Dati Personali, dal Reg. UE 679/16 e D.Lgs. 101/2018 e trattati per la sola finalità di didattica a distanza.

Data ___ / ___ / 20_____

Alunno
Firma_____

(anche se alunno maggiorenne)

Genitore/Tutore e/o chi esercita la potestà
Firma_____
Firma_____