



Istituto Scolastico paritario S. Giuseppe del Caburlotto
Scuola Secondaria di 1° grado RM1M09700Q
Via Rabbello, 15 – 00178 ROMA Tel. 06.718.42.77 – Fax. 06.718.21.10
e-mail: secondaria@sangiuseppecab.it – amministrazione@sangiuseppecab.it
sito: www.sangiuseppecab.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE

alla Coordinatrice delle Attività Educative e Didattiche della
SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO paritaria San Giuseppe del Caburlotto

1 _____ sottoscritt _____ (cognome e nome) Padre Madre Tutore

1 _____ sottoscritt _____ (cognome e nome) Padre Madre Tutore

CHIEDONO

l'iscrizione dell'alunn _____ (cognome e nome)

alla classe _____ di questa Scuola Secondaria di I grado paritaria *San Giuseppe del Caburlotto* per l'A.S. 2019/2020

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARANO che
(COMPILARE CORTESEMENTE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO)

L'alunn _____ (COGNOME E NOME) _____ (CODICE FISCALE)

è nat _____ a (se nato all'Estero scrivere ESTERO) _____ (prov.) _____ il _____

è Cittadin Italiano altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ (prov.) _____ C.A.P. _____ Municipio _____ ASL _____

in via/Piazza _____ n. _____ Tel. abitazione _____

Cellulare Madre _____ Cellulare Padre _____

Ufficio Madre _____ Ufficio Padre _____

e-mail Madre _____ e-mail Padre _____

proveniente dalla scuola _____ ove ha frequentato la classe _____

e ha conseguito l'ammissione alla classe successiva SÌ NO

lingua straniera studiata 1^ _____ 2^ _____

la famiglia anagrafica dell'alunno/a è composta da:

| GRADO PARENTELA | COGNOME E NOME | LUOGO (COMUNE) E DATA DI NASCITA |
|------------------|----------------|----------------------------------|
| PADRE | | |
| MADRE | | |
| FRATELLO/SORELLA | | |
| FRATELLO/SORELLA | | |
| FRATELLO/SORELLA | | |
| FRATELLO/SORELLA | | |

È idone _____ allo svolgimento delle attività di educazione fisica SÌ NO (si allega documentazione medica)

Allergie o intolleranze SÌ (si allega documentazione medica) NO

Roma, _____

Firma di autocertificazione (Padre):

(Leggi 15/68, 127/97, 131/98; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla Coordinatrice o Delegato)

Firma di autocertificazione (Madre):

(Leggi 15/68, 127/97, 131/98; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla Coordinatrice o Delegato)



AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI E SENSIBILI – LIBERATORIA

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'*Informativa per il trattamento dei dati personali degli alunni e delle loro famiglie* e di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Regolamento Europeo 679/2016 e Reg. Min. 07.12.2006, n. 305).

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

Premesso che, in assenza del consenso ai punti 1) e 2) l'Istituto potrebbe non essere in grado di erogare i propri servizi, nel rispetto della normativa a tutela della privacy, inoltre, (Regolamento Europeo 679/2016 e Reg. Min. 07.12.2006, n. 305)

I sottoscritti:

Autorizzano

Non autorizzano

1. Al trattamento dei dati personali, sensibili e giudiziari dell'alunno/a e della sua famiglia per l'organizzazione dei servizi scolastici, e per l'espletamento dei procedimenti amministrativi/didattici connessi con le finalità istituzionali della scuola.

Autorizzano

Non autorizzano

2. Alla comunicazione dei dati ad Agenzie di viaggio e strutture ricettive nei limiti di quanto strettamente necessario all'organizzazione di gite scolastiche, viaggi d'istruzione; alla comunicazione dei dati a soggetti esterni fornitori di altri servizi nei limiti di quanto strettamente necessario all'adempimento delle prestazioni oggetto di contratti (ad esempio il fornitore di servizi mensa); alla comunicazione ad imprese esercenti servizi di assicurazione nei limiti di quanto strettamente necessario alla stipula di polizze in materia di infortuni e di responsabilità civile; alla comunicazione dei dati ad Enti/Pubbliche Amministrazioni per l'espletamento dei procedimenti amministrativi / didattici connessi con le finalità istituzionali della scuola.

Autorizzano

Non autorizzano

3. Alla pubblicazione a titolo gratuito di video e immagini fotografiche di lavori e di attività didattiche afferenti ad attività istituzionali della scuola (quali ad esempio foto e video relativi ad attività di laboratorio, visite guidate, soggiorni studio, spettacoli, recite scolastiche, premiazioni, partecipazioni ad eventi...) in cui compare il proprio figlio per la partecipazione a concorsi e/o progetti; per la pubblicazione di materiale promozionale/informativo della scuola o per la produzione di altro materiale multimediale (giornalino, brochure, sito internet...).

Autorizzano

Non autorizzano

4. L'utilizzo e/o l'invio dei soli dati personali dei soli genitori firmatari (nome, cognome, e-mail) all'Associazione *Amici del Caburlotto di Roma onlus* per il solo invio di materiale pubblicitario o promozionale.

L'autorizzazione è da intendersi concessa per tutte le attività svolte nell'anno scolastico 2019/2020. Si può ritirare l'autorizzazione in ogni momento, mediante una raccomandata A.R. al Titolare del Trattamento e/o mediante una e-mail all'indirizzo: amministrazione@sangiuseppecab.it

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

PROGETTO EDUCATIVO - PIANO TRIENNALE DELL'OFFERTA FORMATIVA - PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA'

I sottoscritti dichiarano:

- di essere consapevoli dell'indirizzo cattolico dell'Istituto;
- di aver preso visione e di condividere il PE (Progetto Educativo), il PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa) e il PEC (Patto Educativo di Corresponsabilità);
- di collaborare con la Scuola nell'azione educativa e didattica (cfr. **REGOLAMENTO DI ISTITUTO**).

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

CONTRIBUTO ANNO SCOLASTICO 2019-2020

I sottoscritti versano contestualmente la somma di € 300,00 quale quota di iscrizione per l'Anno Scolastico in oggetto e sottoscrivendo la presente domanda, si obbligano al pagamento del contributo dovuto per l'intero Anno Scolastico comprensivo di: uscite didattiche di mezza giornata, laboratorio multimediale di informatica, aula magna, campo sportivo polivalente, sportello con la psicologa, sportelli e recuperi didattici. La quota annuale sarà versata per questo Anno Scolastico secondo le seguenti modalità:

- In unica soluzione anticipata di importo pari ad € 2.880,00 entro il 20/09/2019;
- In 3 rate di importo pari ad € 960,00 entro il 20/09/2019, ad € 960,00 entro il 20/12/2019 e ad € 960,00 entro il 20/03/2020;
- In 8 rate di importo pari ad € 360,00 entro il 20 di ogni mese a partire dal mese di settembre 2019.

Secondo la seguente forma di pagamento:

Assegno

Bonifico Bancario

I sottoscritti riconoscono inoltre che:

- l'iscrizione sarà restituita nella misura del 50% in caso di ritiro della frequenza entro il 31 agosto ovvero prima dell'inizio dell'anno scolastico;
- l'iscrizione non sarà restituita in caso di abbandono o ritiro oltre il 1° settembre ovvero ad anno scolastico iniziato;
- il pagamento dell'iscrizione permane in misura intera a prescindere se l'iscrizione avvenga ad inizio anno scolastico o ad anno scolastico iniziato;
- il pagamento della retta permane anche in caso di abbandono o ritiro della frequenza scolastica dello studente iscritto, dovuto a malattia, trasferimento di dimora, espulsione da Scuola per motivi disciplinari o per qualsiasi altra causa così detta di forza maggiore.

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____