**Ministero d’Istruzione**

****

**Istituto d’Istruzione Superiore “Medardo Rosso”**

**Liceo Artistico “Medardo Rosso” - Istituto Tecnico Costruzioni Ambiente Territorio “Giuseppe Bovara “**

Via Calatafimi n°5 - 23900 Lecco Tel. 0341369278

PEC istituzionale: lcis01300g@pec.istruzione.it - email ordinaria istituzionale: lcis01300g@istruzione.it

 C.M. LCIS01300G **-**  C.F. 92072640136

DOMANDA D’ISCRIZIONE

C.A.T. BOVARA

PER L’ANNO SCOLASTICO 2021/22

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | nato/a a |  | prov  |  |
| Il  |  | residente a |  | via |  |
| codice fiscale |  | classe attuale |  |

**CHIEDE** di essere iscritto/a **alla classe**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECONDA** | Sez.  |
|  |
| **TERZA** | Sez. |
| **QUARTA** | Sez.  |
|  |
| **QUINTA** | Sez. |

**INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Lo studente intende avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica (scrivere SI o NO)→  |  |

La scelta operata all’atto dell’iscrizione ha effetto **per l’intero anno scolastico.** Tale scelta potrà essere confermata o modificata negli anni successivi.

**AUTORIZZAZIONE PERMANENTE PER INGRESSO POSTICIPATO O USCITA ANTICIPATA**

In casi di particolare difficoltà, dovuta ad assenze dei docenti, il Consiglio d’Istituto ha previsto la possibilità per gli alunni di entrare dopo o uscire prima del normale orario, previa autorizzazione delle famiglie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | genitore dell’allunno/a |  |
| AUTORIZZA | scrivere SI o NO nel riquadro giallo → |  |

**La potestà genitori esercitata** da *(segnare una X nel riquadro che interessa)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| entrambi i genitori |  |  | padre |  |  | madre |  |  | tutore |  |

**REPERIBILITA’ GENITORI O DELEGATI DURANTE L’INTERO ORARIO SCOLASTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO DI LAVORO DEL PADRE | Tel. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO DI LAVORO DELLA MADRE | Tel. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PARENTE | grado di parentela |  |
| Cognome e nome |  | Tel. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PARENTE | grado di parentela |  |
| Cognome e nome |  | Tel. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALTRO | tipo di legame |  |
| Cognome e nome |  | Tel. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALTRO | tipo di legame |  |
| Cognome e nome |  | Tel. |  |

**Compilare solo se vi sono state variazioni rispetto all’anno precedente.**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME DEL PADRE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| MAIL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME DELLA MADRE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| MAIL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME DEL TUTORE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| MAIL |  |

In caso di potestà genitoriale non congiunta, a seguito di provvedimenti di legge, si chiede la cortesia di indicare le generalità e l’indirizzo del genitore che **NON** esercita la potestà.

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME  |  |
| INDIRIZZO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDIRIZZO mail del genitore affidatario**, al quale la scuola invierà le comunicazioni |  |

Per la tutela della sicurezza e della salute, in ottemperanza alle norme vigenti e nel rispetto della privacy, le famiglie sono tenute ad informare il Dirigente Scolastico sullo stato di salute dello/a studente/ssa nel caso in cui siano presenti patologie croniche o comunque invalidanti, tal da non consentire il regolare svolgimento di una o più attività didattiche previste nel piano di studi.