



Istituto Professionale di Stato
PER I SERVIZI COMMERCIALI, SOCIO-SANITARI,
ENOGASTRONOMICI E OSPITALITA' ALBERGHIERA
FORMAZIONE PROFESSIONALE
"Pietro Verri"

Via Torino - Busto Arsizio (Varese)
tel. 0331 302571/2 fax 0331 302555 C.F. 90003140127 Cod.Min.VARC030007
sito internet: www.ipcverri.it e-mail: info@ipcverri.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE
PERCORSI DI SECONDO LIVELLO (ex CORSI SERALI)

Anno Scolastico **2023/2024**
AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Si prega di scrivere in stampatello

Si compilino tutte le 4 pagine del modulo

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

sulla base delle opportunità educative offerte dalla scuola, consapevole:

- che la domanda è soggetta all'approvazione della Commissione Mista CPIA Gallarate – Istituzioni di secondo livello
- e dei criteri fissati dal Consiglio di Istituto

chiede

che possa, in ordine preferenziale, essere assegnato all'indirizzo, periodo e turno di seguito indicati:

INDIRIZZO di preferenza:

- indirizzo Servizi Commerciali
- indirizzo Servizi Socio Sanitari

PERIODO di preferenza (si vedano sul sito della scuola le indicazioni per l'accesso ai vari periodi):

- PRIMO PERIODO
- SECONDO PERIODO
- TERZO PERIODO

Data _____

Firma dell'alunno/a

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A
(Si prega di scrivere in stampatello)

Cognome _____

Nome _____

Nat__ a _____

Provincia (o Stato) di nascita _____

Data di nascita _____

Sesso maschio femmina

Codice fiscale:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in via o piazza _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Eventuale secondo numero di telefono _____

Ulteriori numeri per comunicazioni urgenti _____

E-Mail _____@_____

Cittadino italiano Altro (indicare quale) _____
(barrare entrambi i quadratini solo in caso di doppia cittadinanza)

Certificazione DSA: sì no Certificazione disabilità: sì no

Se sì (presenza di DSA o disabilità):

Diagnosi: _____

Data della diagnosi: _____

Struttura diagnostica: _____

DATI SCOLASTICI DELL'ALUNNO/A
(Si prega di scrivere in stampatello)

Dichiaro di essere in possesso di ammissione, ovvero idoneità, alla classe _____,
indirizzo di studio _____, conseguita nell'a.s. ____ / ____
presso l'Istituto _____
(comune: _____, provincia: _____)

Titoli di studio:

Diploma di licenza media conseguito presso l'istituto
_____ nell'a.s. _____

Attestato di _____ conseguito presso l'istituto
_____ nell'a.s. _____

Ultima classe e scuola frequentata:

SCUOLA _____

Classe _____

anno scolastico _____

esito: ammesso alla classe successiva
 non ammesso alla classe successiva
 ritirato

oppure: Frequenza di scuole all'estero per un totale di _____ anni.

DATI RELATIVI ALL'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI INFORMALI
(Si prega di scrivere in stampatello)

Sei lavoratore?

- SI**
 NO

Se sì, con quale tipo di contratto?

- indeterminato**
 determinato
 atipico (a chiamata, voucher, ...)
 apprendistato

Si indichino qui i dati relativi alla mansione lavorativa:

Denominazione dell'azienda _____

Comune dell'azienda _____

Mansione svolta _____

Orario di lavoro _____

Data di inizio del contratto: _____

Se contratto a tempo determinato, atipico o apprendistato, data di fine del contratto: _____

DATI RELATIVI ALL'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI NON FORMALI
(Si prega di scrivere in stampatello)

Elenca qui tutti gli attestati extra-curricolari ottenuti fino ad oggi (si indichi un attestato per ogni riga):

DATI RELATIVI AGLI STUDENTI STRANIERI
(Si prega di scrivere in stampatello)

Data di arrivo in Italia: _____

Quanti anni avevi: _____

Hai frequentato corsi di italiano? _____

Se sì dove? _____

Hai ottenuto un certificato di italiano? _____

Se sì, di che livello? _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARO che tutte le informazioni precedenti sono corrette e corrispondono al vero.

Firma di autocertificazione

DATA _____

LIBERATORIA account istituzionale e servizi G Suite

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

AUTORIZZA

- l'Istituto a creare una casella mail con estensione @IPCVERRI.EDU.IT ;
- a creare/gestire un account G Suite for Education;
- autorizzo inoltre Google a raccogliere e utilizzare le informazioni relative all'account creato esclusivamente per gli scopi descritti nell'informativa che segue.

Firma

DATA _____

Tale autorizzazione, se non revocata, è ritenuta valida per tutti gli anni di permanenza dell'alunno/a nell'Istituto Pietro Verri di Busto Arsizio.

PRIVACY

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR n. 679/2016 e

- acconsente non acconsente

alla diffusione dei dati, delle immagini e delle riprese filmiche per le finalità e con le modalità citate nella suesposta informativa.

Firma

DATA _____