LICEO STATALE *"A.Volta"- Sez. Scientifica e Classica –* ***http://www.liceoalessandrovolta.edu.it***
Viale dei Mille, 10 - c.a.p. 53034-Colle di Val d'Elsa (SI) C.F. 82001650520 - Codice Univoco Fatturazione **UF2ESV** ☎0577/928828 🖷0577/928317 - **Email**:sips010009@istruzione.it–sips010009@pec.istruzione.it

MODULO DI ISCRIZIONE A.S. _____

Madre ☐ **Padre** ☐ **Tutore** ☐

Chiede l'iscrizione alla PRIMA classe del Liceo:

☐	Scientifico N.O.	☐	Scientifico/Sezione Sportiva
☐	Scientifico N.O. Potenziamento Biomedico	☐	Classico N.O.
☐	Scientifico opzione Italo - Inglese		

Studente/Studentessa _____

nato/a a _____ il _____

Cittadinanza _____ Comune di Residenza

_____ Prov. _____ cap _____

Via/Piazza _____ Tel/Cell _____

E-Mail _____ C.F. _____

INDIRIZZO FAMIGLIA (per contatti):

Comune _____ Via _____

E-Mail _____ Cell. _____

- Fratello /Sorella frequentante la stessa scuola: si ☐ **no** ☐
- Dichiara di **non** aver prodotto domanda ad altro istituto.

Note: in questo e nei moduli successivi nel caso in cui i campi da compilare fossero insufficienti utilizzare, ove possibile, abbreviazioni

© **By RafFaЯ**

COGNOME E NOME PADRE

Comune di nascita Data

Cittadinanza vivente: **si** ☐ **no** ☐

Titolo di studio Tel/Cell

Professione Mail

COGNOME E NOME MADRE

Comune di nascita Data

Cittadinanza vivente: **si** ☐ **no** ☐

Titolo di studio Tel/Cell

Professione Mail

COGNOME E NOME DEL TUTORE

Comune di nascita Data

Recapito Mail

SCUOLA SEC. DI PRIMO G.DO DI PROVENIENZA

ha sostenuto con **ESITO POSITIVO** nell'**a.s.** _____ gli esami conclusivi del primo ciclo riportando la valutazione di: **6/10** ☐ **7/10** ☐ **8/10** ☐ **9/10** ☐ **10/10** ☐

lo sottoscritto/a, 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 30.06.2003 n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n.305) e nel rispetto della normativa privacy vigente così come letto e compreso nell'informativa privacy Alunni e famiglie pubblicata nel sito dell'Istituto Scolastico.

Data Nominativo genitore per conferma

UNA SOLA PREFERENZA DI COMPAGNO/COMPAGNA

(la preferenza va rispettata solo se corrisposta)

© **By RafFaЯ**

AUTOCERTIFICAZIONE

1 - Allega copia tessera codice fiscale	☐
2 - Certificato competenze	☐

Il/La sottoscritto/a

in qualità di madre ☐ padre ☐ tutore ☐ nato/a

il residente in

Via documento di riconoscimento n.

rilasciato da

in data

Ai sensi della Legge 18 maggio 1997, n. 127

D I C H I A R A

In qualità di genitore e/o tutore dello studente

nato/a a il

residente in Via

Se lo studente non è nato in Italia, indicare l'anno e l'età di arrivo in Italia (in anni compiuti)

Fino a 3 anni	☐	Da 4 a 6 anni	☐	Da 7 a 9 anni	☐	Da 10 a 12 anni	☐	Da 13 a 15 anni	☐	≥ 16 anni	☐

anno:

Colle di Val d'Elsa lì Nominativo genitore per conferma

Presa visione dello studente: Si ☐ No ☐ Nominativo studente per conferma

Dichiara di essere a conoscenza delle Leggi: 15/68, 127/97,131/98; DPR 445/2000

@©@©@©

SPORTELLO D'ASCOLTO RIVOLTO AI RAGAZZI E RAGAZZE DEL LICEO STATALE "A.VOLTA"

Si desidera rendere noto che il Collegio dei docenti ha approvato per il corrente anno scolastico un progetto realizzato dal S.E.R.T di Colle di Val d'Elsa attraverso i C.I.C. (Centri di Informazione e Consulenza), che prevede uno **sportello di ascolto per gli alunni** gestito da professionisti forniti dalla ASL Sud-Est, a cui potranno rivolgersi i ragazzi che lo desiderano, soltanto se esplicitamente autorizzati dai genitori.
Detto personale farà riferimento alla referente all'educazione alla salute del Liceo, che sarà designata/o all'inizio dell'anno scolastico, con cui individuerà un orario e uno spazio che non interferisca con il regolare svolgimento delle lezioni e garantisca il più possibile l'anonimato e la privacy a quei ragazzi che vorranno usufruire del servizio.

La finalità è quella di offrire agli alunni, per la quasi totale durata dell'anno scolastico, accoglienza e sostegno per curiosità, dubbi e preoccupazioni relativi alla crescita.

Si informa che tali colloqui non hanno una finalità terapeutica, ma quella di dare uno strumento in più ai ragazzi che, a volte, per alcuni problemi, non si rivolgono né ai loro genitori né agli insegnanti.

Lo sportello avrà inizio dal mese di novembre, si terrà in orario scolastico e sarà gratuito.

Per i minorenni è indispensabile l'autorizzazione dei genitori per permettere loro di accedere ai colloqui in qualunque momento dell'anno nella massima riservatezza.

Tale autorizzazione deve ritenersi valida per l'intera permanenza della/o studente nella scuola, fino a revoca scritta.

Noi sottoscritti:

Padre (indicare nome e cognome)

Madre (indicare nome e cognome)

AUTORIZZIAMO (fino a revoca scritta) nostra/o figlia/o (indicare nome e cognome)

a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto negli orari, nei giorni e nei luoghi indicati dal Docente Referente all'educazione alla salute del Liceo.

Nello specifico autorizziamo:

- I consulenti forniti dalla ASL Sud-Est o i responsabili del progetto di sportello, al trattamento dei propri dati e dei dati del minore a nostra tutela per gli usi consentiti dalla legge;
- la partecipazione del minore a nostra tutela allo sportello individuale di tipo psicologico, presso i locali della scuola.

Autorizzo si ☐ no ☐ Nome Cognome madre

Autorizzo si ☐ no ☐ Nome Cognome padre

Presa visione dello studente: Si ☐ No ☐ Nominativo studente per conferma

Nel caso di assenso/autorizzazione di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nominativo del Genitore per conferma

Gli Elenchi Dei Libri Di Testo Relativi All'anno Scolastico di interesse sono scaricabili dal sito della scuola www.liceoalessandrovolta.edu.it - Accedendo alla Sezione Didattica - Libri Di Testo

AUTORIZZAZIONE DI PARTECIPAZIONE A USCITE NELL'AMBITO DEL COMUNE O DEI COMUNI LIMITROFI

Il/la sottoscritto/a _____ genitore

dell'alunno/a _____

AUTORIZZA fino a revoca scritta

suo/a figlio/a a partecipare ad attività culturale (cinema, teatro,visita musei, conferenze e incontri con personalità) ad attività di educazione motoria e ambientale sul territorio (trekking, uscite in bicicletta, passeggiate a carattere ambientale, ad esercitazioni e attività di promozione delle strutture specifiche pubbliche e/o private messe a disposizione della scuola (es. piscina).

Dichiara, inoltre, di sollevare l'Istituto da ogni eventuale responsabilità per incidenti, infortuni o altro che dovessero accadere durante la predetta uscita, fermo restando la responsabilità del docente accompagnatore ai sensi dell'art.2047-2048 C.C. (vigilanza alunni minori).

DICHIARO che la presente autorizzazione, se non revocata con lettera scritta, deve ritenersi valida per l'intera permanenza della/o studente nella scuola.

Colle di Val d'Elsa, data _____

Nominativo de genitore dichiarante _____

- **"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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".**
- **Il sottoscritto consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione falsa o mendace, dichiara che il figlio è stato ☐ non è stato ☐ sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie.**
- **Ogni variazione di indirizzo dell'alunno e della famiglia successivo all'atto dell'iscrizione, sia di residenza che di recapito telefonico ed e-mail, dovrà essere comunicato alla Scuola.**

Assenso della Madre _____ Assenso del Padre _____

Nel caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nominativo genitore che Conferma _____

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1) Certificato delle Competenze rilasciato dalla Scuola Secondaria di 1° Grado di provenienza.
2) Attestazione del versamento del/la ***Quota assicurativa obbligatoria/Contributo di Istituto volontario:*** **All'inizio dell'anno scolastico saranno comunicate le modalità con le quali provvedere a tale adempimento.**
3) Copia Codice Fiscale (solo una Volta)

© By RafFaЯ

LICEO STATALE ***"Alessandro Volta"- Sez. Scientifica e Classica -*** ***http://www.liceoalessandrovolta.edu.it***
Viale dei Mille, 10 - 53034-Colle di Val d'Elsa (SI) C.F. 82001650520 - **Codice Univoco Fatturazione UF2ESV**
☎0577/928828 🖷0577/928317 **email**:sips010009@istruzione.it-sips010009@pec.istruzione.it

AUTORIZZAZIONI USCITE O ENTRATE FUORI ORARIO

Il/la sottoscritto/a _____ padre/madre

dell'alunno/a _____ della classe _____ sez. _____

AUTORIZZA fino a revoca scritta ☐ **NON AUTORIZZA** ☐

Il/la proprio/a figlio/a minorenne, ad uscire dalla scuola alle ore 12:30 o entrare alle ore 9:30 in caso di assenza del docente, dal momento che per motivi finanziari la scuola può provvedere **solo in parte** alla sostituzione.

Tale autorizzazione deve ritenersi valida per l'intera permanenza della/o studente nella scuola, fino a revoca scritta.

Colle di Val d'Elsa, data _____

Nominativo del genitore per conferma _____

@©@©@©

Al Dirigente Scolastico del Liceo

"A. Volta" Colle di Val D'Elsa (SI)

Oggetto: Richiesta uscita autonoma alunno

Io sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente in _____

e io sottoscritta _____ nata a _____

Il _____ e residente in _____

Rispettivamente padre e madre esercenti/e la patria potestà o affidatari/io tutori/e dell'alunna/o

_____ nato a _____

Il _____ e residente in _____

frequentante la classe _____ di codesto istituto

Visti gli artt. 2043, 2048 e 2047 del Codice Civile;

Visto l'art. 61 della legge n. 312 11/07/1980;

Visto l'art. 591 del C.P.

Visto l'art. 19 bis del D.L. 16 ottobre 2017, n. 148 convertito con modificazioni dalla L. 04 dicembre 2017, n. 172 (in G.U. 05/12/2017, n. 284).

Essendo consapevoli che l'incolumità dei minori è un bene giuridicamente indisponibile;

dichiarano

a) Di essere impossibilitati di garantire all'uscita da scuola, al termine delle lezioni come da D.L. 148 del 2017 art. 19 bis, la presenza di un genitore o di altro soggetto maggiorenne;
b) Che il minore conosce il percorso casa scuola, che lo ha già percorso autonomamente, senza accompagnatori;
c) Di dare chiare istruzioni affinché il minore rientri direttamente al domicilio ivi considerato;
d) Di informare tempestivamente la scuola qualora le condizioni di sicurezza abbiano a modificarsi o siano venute meno le condizioni che possano consentire l'uscita da scuola del minore senza accompagnatori;
e) Nel caso di utilizzo di trasporto scolastico si esonera dalla responsabilità connessa all'adempimento dell'obbligo di vigilanza nella salita e discesa dal mezzo e nel tempo di sosta alla fermata utilizzata, e al ritorno dalle attività scolastiche e nel tragitto dall'uscita di scuola al mezzo di trasporto scolastico e viceversa.

Il suddetto provvedimento di autorizzazione, adottato dal Dirigente Scolastico potrà essere revocato con atto motivato, qualora vengano meno le condizioni che ne costituiscono il presupposto.

Data _____

Nominativo del genitore per conferma

_____

@©@©@©