

 <p>Liceo Statale Giordano Bruno</p>	<p>LICEO SCIENTIFICO SCIENZE APPLICATE LINGUISTICO STATALE "G. BRUNO"</p> <p>V.le Svevia, 4 20066 Melzo (Mi) - Tel. 029551346 02/9552257 02/9551791 Via papa Giovanni XXIII, 223 20062 Cassano d'Adda (Mi) - Tel. 036365822 e-mail: mips210009@istruzione.it – mips210009@pec.istruzione.it sito: www.liceo-melzocassano.edu.it - C.F.: 91539810159</p>	
--	---	---

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Linguistico "G. Bruno"
Melzo e Cassano D'Adda

Oggetto: Perfezionamento iscrizione classe prima

Il/la sottoscritto/a _____ Padre Madre Tutore
dello studente/ssa _____

CHIEDE

Il perfezionamento dell'iscrizione per l'anno scolastico 2024/25 dello stesso/a alla Prima, tenendo conto delle scelte:

Sede: Melzo Cassano D'Adda

Corso: Liceo Scientifico Liceo Linguistico Liceo Scienze Applicate

DICHIARA

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (Art. 46 D.P.R. 445/2000) che:

Lo/a studente/ssa _____ C.F. _____

è nato/a nel comune di _____ Provincia _____

il _____ stato di nascita _____ cittadinanza _____

comune di residenza: _____ C.A.P. _____

Provincia _____ Via/Piazza _____ N. Civico _____

Genitori/ Tutori Telefono fisso _____ Eventuale tel. Lavoro _____

Ulteriore recapito telefonico per eventuali urgenze _____

Cellulare padre _____ Cellulare Madre _____

Mail padre _____ Cellulare Madre _____

Studente mail _____ Cellulare _____

Il sottoscrittario dichiara di aver ricevuto:

allegato a) informativa sulla privacy (in applicazione del Decreto Legislativo n. 196/2003)

allegato b) consenso al trattamento dati personali

allegato c) regolamento d'istituto modulo di consenso

allegato d) patto educativo

ASSICURAZIONE LICEO

Sono a conoscenza che viene accesa una polizza annuale o pluriennale a favore degli studenti

Sono a conoscenza che un sunto della stessa è scaricabile dal sito della scuola

www.liceo-melzocassano.edu.it

Sono a conoscenza della possibilità di ottenere, a richiesta, copia di stralci della polizza stessa

Firma del Genitore _____

E' possibile indicare il nome di un/a compagno/a con cui si vorrebbe essere abbinati. La scuola ne terrà conto a patto che queste indicazioni non contrastino con i criteri di formazione classi descritti nel Regolamento d'Istituto.

Dati necessari alla compilazione degli elenchi elettorali per votazioni degli organi collegiali

Cognome e nome del padre	Luogo e data di nascita	domicilio
Cognome e nome madre	Luogo e data di nascita	domicilio
Cognome e nome tutore	Luogo e data di nascita	Domicilio

Data, _____ firma _____