

Preg.mo
Dirigente Centro Formazione Professionale
Piazza Giovanni Bertoldi, n. 12
47899 – Serravalle

San Marino _____ (data)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO FORMATIVO 20__/_

CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE – REPUBBLICA DI SAN MARINO

Il/la sottoscritto/a

Genitore Affidatario Tutore di

CHIEDE di iscrivere l'allieva/o alla classe _____ del

Settore Industria e Artigianato

Operatore Elettrico-Meccanico

Settore Servizi all'Impresa

Operatore Commerciale

Il Centro di Formazione Professionale si riserva di attivare i corsi sopraindicati in base al numero delle iscrizioni.

In base alle norme sulla semplificazione dell'attività amministrativa (art.12, Legge 159/2011) e consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di affermazioni false o mendaci (art. 24, Legge n. 159/2011) dichiaro quanto segue:

DATI DELL'ALLIEVO/A

Data e luogo di nascita Cod. ISS

Cittadinanza

Residente a in Via n. civico

Nell'Anno Formativo 2024/2025 ha frequentato la Classe

presso la scuola.....

DATI DEL GENITORE/TUTORE 1

Nome e cognome Cod. ISS

Data e luogo di nascita

Cittadinanza

Cell.

E-Mail

Dichiaro di:

avere informato dell'iscrizione l'altro genitore/tutore

avere la potestà genitoriale esclusiva del/della minore

DATI DEL GENITORE/TUTORE 2

Nome e cognome Cod. ISS

Data e luogo di nascita

Cittadinanza

Cell.

E-Mail

Firma del genitore/tutore

Composizione del nucleo familiare (per residenti)

Il sottoscritto dichiara, ai sensi della Legge n. 159/2011, art. 12 "dichiarazioni sostitutive di certificazione", che lo Stato di famiglia in cui è incluso l'allievo/a è composto da:

	Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Relazione Parentela
1			
2			
3			
4			
5			

Si prega di comunicare tempestivamente alla Segreteria del CFP eventuali variazioni dei dati sopra inseriti che dovessero verificarsi durante l'Anno Formativo.

(firma leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a afferma di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.gov.sm

Data _____ Firma _____

Sezione da compilare solo nel caso in cui la famiglia disponga di documentazione diagnostica e/o didattica ai fini di valutare l'attivazione di un PDP (Piano Didattico Personalizzato)

La famiglia dispone di documentazione diagnostica e intende trasmetterla al Centro di Formazione Professionale?

SI

NO

In caso affermativo la famiglia si impegna a consegnare personalmente la documentazione diagnostica al fine di valutare l'attivazione di un PDP.

Firma di entrambi i genitori/tutore

Informazioni

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non deve essere autenticata, né deve essere apposta alla presenza del funzionario dell'ufficio che ha richiesto il certificato. La presente dichiarazione ha validità per 3 mesi (art. 18, Legge n.159/2011); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa a mezzo posta, per telefax o per via telematica (art. 10, Legge n.159/2011). Non possono rilasciarsi dichiarazioni sostitutive di certificazioni mediche. Parimenti non sono ammesse dichiarazioni sostitutive di certificati rilasciati da soggetti o riguardanti soggetti di cittadinanza diversa da quella sammarinese non residenti in Repubblica (art. 12, Legge n.159 /2011). Esente da imposta di bollo per i fini di cui all'art. 39 della Legge 29 ottobre 1981 n. 86 e ai sensi dell'art. 15 del Decreto Delegato 30 luglio 2015 n. 122.

A completamento dell'iscrizione consegno i seguenti documenti **obbligatori** e quote:

- Diploma di Licenza Scuola Media (in originale)
- Documento di Valutazione scolastica
- Certificato delle Competenze
- Modulo consenso informato utilizzo immagini
- Modulo autorizzazione Uscite in territorio e Uscite durante l'intervallo
- Modulo dichiarazione allergie/intolleranze alimentari certificate
- Consenso informato Spazio d'Ascolto
- n. 1 Foto formato tessera
- 30 euro a titolo di cauzione per l'utilizzo dell'armadietto per il quale riceverò la chiave
- Se NON RESIDENTE o SOGGIORNANTE: permesso di soggiorno in corso di validità o certificato di residenza e stato di famiglia
- altro

Consegno inoltre i seguenti documenti **facoltativi**:

- Modulo DELEGA RITIRO PER USCITE ANTICIPATE
- Modulo richiesta SMAC Card

Ricevo copia del **Regolamento del Centro di Formazione Professionale.**

Si precisa che Il Regolamento potrebbe subire variazioni; eventuali aggiornamenti verranno pubblicati su ClasseViva all'inizio dell'Anno Formativo.

Prendo visione del Regolamento Trasporto Scolastico visionabile sulla pagina dell'AASS <https://www.aass.sm/site/home/trasporti/servizio-autobus/norme-e-regolamenti.html>

(firma leggibile)

CONSENSO INFORMATO ALLA RACCOLTA, CONSERVAZIONE E UTILIZZO DI RIPRESE FOTOGRAFICHE, VIDEO E AUDIO DI ATTIVITÀ DIDATTICHE ED EXTRA-DIDATTICHE

Resa ai sensi della Legge 21 dicembre 2018 n.171 "Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali", ed in particolare dell'articolo 6 nonché degli articoli 88 comma secondo e 90 comma primo della Legge 25 gennaio 1991 n. 8 "Tutela del diritto d'autore" e dell'articolo 81 della 26 aprile 1986 n. 49 "Riforma del diritto di famiglia".

Io sottoscritta/o _____

e io sottoscritto _____

Genitori/tutori dell'allieva/o _____

- Prestiamo il pieno e gratuito consenso**
- NON prestiamo il pieno e gratuito consenso**

all'effettuazione, da parte del personale docente, di riprese audio, video e/o fotografiche del/della minore e dei suoi elaborati grafici, scritti e/o laboratoriali, con compagni, insegnanti e operatori scolastici, al fine della conduzione e documentazione di attività educative e didattiche e/o eventi e iniziative extra-didattiche e/o istituzionali, precedentemente comunicate. Tale materiale sarà conservato dal Centro di Formazione Professionale.

In particolare, concedo/concediamo il pieno e gratuito consenso alla acquisizione, alla custodia, all'elaborazione e alla divulgazione delle riprese, nonché all'inserimento delle stesse in qualsiasi forma, stile, colore o mezzo (incluso, senza limitazione, fotografie, filmati, registrazioni sonore, software, disegni, stampe, radio, internet e mezzi elettronici), esclusivamente per i seguenti fini:

- ricerca e/o documentazione dell'attività didattica all'interno della scuola;
- pubblicazione di attività ed elaborati in radio, giornali, televisione, sito e pagine social ufficiali del Centro di Formazione Professionale ed altri mezzi di informazione.
- realizzazione e diffusione di filmati di presentazione del Centro di Formazione Professionale ai fini istituzionali e dell'attività di orientamento.

Precisiamo

che la presente autorizzazione non consente l'uso di fotografie, filmati, registrazioni sonore e/o qualsivoglia altro materiale in contesti o per finalità che pregiudichino la dignità personale e il decoro del/della minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Solleviamo

il personale docente e non docente e la Direzione da ogni responsabilità inerente ad un uso improprio dei dati personali da parte di terzi.

Dichiariamo

di essere a conoscenza che le informazioni e i dati forniti saranno trattati in conformità alla "Informativa per il trattamento dei dati personali", pubblicata sul portale dello Stato www.gov.sm.

La presente liberatoria è da ritenersi valida per tutto il periodo di frequenza dell'allieva/o presso il Centro di Formazione Professionale.

Il consenso potrà essere revocato in qualunque momento inviando una mail all'indirizzo info.cfp@pa.sm

Serravalle, _____
(data)

Firma di entrambi i genitori/tutori: _____

Uscite durante l'intervallo

AUTORIZZO mio figlio/a ad uscire dall'edificio scolastico durante l'intervallo per tutto il percorso formativo (triennio) esonerando pertanto il Centro di Formazione Professionale da qualunque responsabilità.

NON AUTORIZZO mio figlio/a ad uscire dall'edificio scolastico durante l'intervallo.

Uscite durante intervallo posticipato o anticipato

Per esigenze didattiche (verifiche scritte, corsi con enti esterni...) l'intervallo potrebbe anticipato o posticipato. In questi casi:

AUTORIZZO mio figlio/a ad uscire dall'edificio scolastico durante l'intervallo anticipato o posticipato per tutto il percorso formativo esonerando il Centro di Formazione Professionale da qualunque responsabilità.

NON AUTORIZZO mio figlio/a ad uscire dall'edificio scolastico durante l'intervallo anticipato o posticipato.

Uscite didattiche in territorio sammarinese

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

mio figlio/a a partecipare a tutte le visite di Istruzione e uscite didattiche fatte all'interno del territorio della Repubblica di San Marino delle quali sarà data tempestiva comunicazione tramite il Registro Elettronico (ClasseViva).

Firma genitore _____

Il presente documento e le autorizzazioni barrate hanno valenza per tutto il periodo di frequenza (triennio) dell'Allievo/a presso il Centro di Formazione Professionale.

Le autorizzazioni potranno essere revocate in qualunque momento inviando una mail a info.cfp@pa.sm

Serravalle,

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a afferma di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.gov.sm – sezione Centro di Formazione professionale.

Firma del Genitore

Dichiarazione allergie/intolleranze alimentari certificate

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'allievo _____

dichiaro sotto la mia responsabilità che il minore sotto la mia tutela

non è affetto da allergie o intolleranze alimentari

è affetto dalle seguenti intolleranze alimentari

è affetto dalle seguenti allergie alimentari

Mi impegno a notificare eventuali modificazioni dello stato attuale.

Firma del genitore/tutore

DELEGA PER USCITE ANTICIPATE

Preg. mo
Dirigente Centro Formazione Professionale
Piazza Giovanni Bertoldi, n. 12
47899 – Serravalle

Il/la sottoscritto/a

.....

madre padre tutore di

Iscritto/a alla Classe Settore

DELEGO e AUTORIZZO

le persone maggiorenni sotto indicate all'eventuale ritiro del/la proprio/a figlio/a in caso di uscita anticipata giustificata anticipatamente sul Registro Elettronico:

- 1) Il/La Sig./Sig.ra grado di
parentela..... Cod. Iss.
- 2) Il/La Sig./Sig.ra grado di
parentela..... Cod. Iss.

DICHIARO di assumermi ogni responsabilità conseguente a tale delega.

PRENDO ATTO che la responsabilità della scuola cessa nel momento in cui l'allievo/a viene affidato alla persona delegata.

DICHIARO inoltre:

- di avere la potestà genitoriale esclusiva del minore.
- di aver informato adeguatamente l'altro genitore rispetto al presente documento

ALLEGO alla presente copia dei documenti di identità dei soggetti delegati debitamente firmata dagli stessi, in originale.

(data)

Firma di entrambi i genitori / Tutore

La presente ha validità per l'intero percorso di studi presso il Centro di Formazione Professionale e può essere revocata o modificata in qualunque momento inviando una mail a info.cfp@pa.sm