



I.I.S. S. TEN. VASC. A. BADONI

LCIS00900X@istruzione.it

Via Rivolta,10 – 23900 LECCO - Tel. 0341/365339 - Telefax 0341/286589

Cod. Fisc. 83007840131

Casella Postale n. 279

SEDI ASSOCIATE

Istituto Tecnico Industriale – Via Rivolta,10 – 23900 LECCO

Istituto Tecnico per Geometri - Via XI Febbraio, 8 – 23900

Anno Scolastico 2015/2016 CLASSE QUARTA Sez. _____ INDIRIZZO _____

| | |
|--|---------------------------------------|
| Generalità dell'alunno | Cognome _____ Nome _____ |
| Data di nascita dell'alunno | Giorno _____ Mese _____ Anno _____ |
| Luogo di nascita dell'alunno | Comune _____ Provincia _____ |
| Nome e professione del padre | Nome _____ Professione _____ |
| Cognome e nome della madre | Cognome _____ Nome _____ Prof. _____ |
| Residenza della famiglia | Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____ |
| Indirizzo | Via _____ N. _____ Tel. _____ |
| Presso chi dimora l'alunno | _____ |
| Indirizzo dimora dell'alunno | Comune _____ Via _____ N. _____ |
| Variazione di indirizzo | _____ |
| Classe frequentata l'anno precedente o nell'ultimo anno di scuola | _____ |
| Codice fiscale dell'alunno | _____ |

Il sottoscritto 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 (Legge n. 196/03 "Tutela della privacy").

Data

Firma

Per gli adempimenti relativi alla formazione ed al rinnovo degli ORGANI COLLEGIALI si invita a fornire i seguenti dati, completi in ogni loro parte, scritti in stampatello.

| | | | |
|------------------|-------------|-------|------------------|
| PADRE: _____ | | | |
| Cognome | | Nome | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| luogo di nascita | Prov. | Data | Cittadinanza |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| codice fiscale | professione | | titolo di studio |
| MADRE: _____ | | | |
| Cognome | | Nome | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| luogo di nascita | Prov. | Data | Cittadinanza |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| codice fiscale | professione | | titolo di studio |

| | |
|-----------|------------------|
| CELLULARE | INDIRIZZO @ MAIL |
|-----------|------------------|

| | | |
|-------|--|--|
| PADRE | | |
| MADRE | | |

N.B. si prega di scrivere in stampatello

SCelta DI AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

Ai sensi delle norme vigenti, la scelta effettuata al momento della prima iscrizione si intende confermata per tutta la durata del ciclo di studi, salvo decisione diversa della famiglia o dello studente maggiorenne.

Tenuto conto di quanto sopra,

il sottoscritto _____ genitore di _____ classe _____

dichiara che il/la proprio/a figlio/a intende

AVVALERSI

NON AVVALERSI

dell'insegnamento della religione cattolica.

In fede
