

Alunno/a \_\_\_\_\_

Liceo Statale Rosina Salvo Indirizzo: (segnare con una crocetta)

Scienze Umane

Scienze Umane OP. Economico Sociale Francese

Scienze Umane OP. Economico Sociale Spagnolo

Linguistico

Linguistico Esabac

Liceo Artistico Statale biennio Comune

**Dati di Nascita Alunno /a**

Informazione			
Data di Nascita			
Comune di Nascita			
Provincia di Nascita			
Stato di Nascita			
Cittadinanza			
2° Cittadinanza			
Alunno/a con disabilità	Si	NO	
Alunno /a con DSA	Si	NO	

**Dati di residenza**

Informazione			
Città			
Provincia			
Indirizzo			
CELLULARE			

**RELIGIONE CATTOLICA**

[Si]	[No]	se <b>NO</b> indicare una delle opzioni alternative:
[A]	Attività di studio e/o ricerca individuali <b>con assistenza di personale docente</b>	
[B]	Libera attività di studio e/o di ricerca <b>senza assistenza di personale docente</b>	
[C]	uscita anticipata o entrata posticipata (se l'orario lo consente)	

**Documenti che si allegano:**

<b>Ricevuta di versamento di €. 50,00 sul c/c postale n.001023783986</b>
Intestato a: Ist. Superiore Statale "R. Salvo" Trapani;
Causale del versamento: Contributo Istituto Volontario.

**TUTELA DELLA PRIVACY**

<input type="checkbox"/> sottoscritt_ <b>AUTORIZZA</b> <input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA</b> la scuola ad utilizzare i dati personali contenuti nella presente autocertificazione per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione. D. Lg.vo 30-06-2003 N. 196 art. 13
---

**LIBERATORIA**

<input type="checkbox"/> sottoscritt_ <b>AUTORIZZA</b> <input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA</b> la Scuola ai sensi della normativa vigente, ad utilizzare elaborati, foto, video del proprio/a, figlio/a, relativi ad attività scolastiche, per usi didattici. La liberatoria avrà validità per l'intera permanenza dell'alunno all'interno dell'Istituto
---

**LIBERATORIA E CONSENSO INFORMATO**

<input type="checkbox"/> sottoscritt_ <b>AUTORIZZA</b> <input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA</b> la Scuola ai sensi della normativa vigente, a partecipare a progetti per: - Incontri in classe con Psicologi e/o Operatori ASP - Sportello d'Ascolto
---

**AUTORIZZAZIONE**

<input type="checkbox"/> sottoscritt_ <b>AUTORIZZA</b> <input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA</b> l'alunno/a alle uscite per partecipare alle attività didattiche di Scienze Motorie e Sportive nei locali esterni al proprio plesso/succursale scolastico ___
<input type="checkbox"/> sottoscritt_ <b>AUTORIZZA</b> <input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA</b> all'uscita autonoma dai locali scolastici ai minori di 14 anni

**Genitori e/o tutori Alunno/a**

<b>Informazione</b>	
Parentela	
Patria Potestà	
<b>Cognome e Nome</b>	
Cittadinanza	
Comune di Nascita	
Data di Nascita	
Indirizzo	
Comune	
Professione	
Cellulare	
Email	

<b>Informazione</b>	
Parentela	
Patria Potestà	
<b>Cognome e Nome</b>	
Cittadinanza	
Comune di Nascita	
Data di Nascita	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
Professione	
Cellulare	
Email	

<b>GENITORI SEPARATI / DIVORZIATI</b>		
[Si]	[No]	se <b>SI</b> indicare:

[A] Affidato Congiunto
[B] Affidato: <input type="checkbox"/> MADRE - <input type="checkbox"/> PADRE - <input type="checkbox"/> ALTRO .....
<u>EVENTUALI COMUNICAZIONI DA INVIARE</u> : (segnare con una crocetta)
<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ALTRO .....

Firma dei genitori o di chi detiene la patria potestà

DATA \_\_\_\_\_

<u>EVENTUALI Preferenze</u> :
<input type="checkbox"/> Sezione _____
<input type="checkbox"/> Compagni /e _____
<input type="checkbox"/> ALTRO _____