



Liceo Scientifico Paritario **COR JESU**

Via G. Sommeiller, 38 00185 R O M A

Tel.06 7726561 – Fax 06 772656288

e-mail: segreteriaacorjesu@tiscali.it

Istituto certificato UNI EN ISO 9001: 2015

P.I. 01066211002 – C.F. 02500250580

Modulo di iscrizione alla scuola secondaria di II grado paritaria “Cor Jesu” Anno scolastico 2020/21

Il sottoscritto

Cognome * _____ Nome * _____

Data nascita * _____ Comune o Stato Estero di Nascita _____

Cittadinanza * _____ Provincia _____ Sesso _____

Codice Fiscale * _____

Professione _____

in qualità di madre padre affidatario tutore

Residenza * Indirizzo _____

Comune _____ (Prov. _____)

C.A.P. _____ Telefono _____ Cellulare _____

Domicilio (solo se diverso dalla Residenza)

Indirizzo _____

Comune _____ (Prov. _____)

C.A.P. _____ Telefono _____ Cellulare _____

posta elettronica _____

L'alunno/a è in affido congiunto SÌ NO

Ai sensi dell'articolo 155 del Codice Civile se l'affido non è congiunto bisogna perfezionare la domanda di iscrizione presso la scuola entro l'avvio del nuovo anno scolastico.

CHIEDE l'iscrizione alla classe _____ dell'Alunno/a

Cognome * _____ Nome * _____

Data nascita * _____ Comune o Stato Estero di Nascita _____

Cittadinanza * _____ Provincia _____ Sesso _____

Codice Fiscale * _____



Liceo Scientifico Paritario **COR JESU**

Via G. Sommeiller, 38 00185 R O M A

Tel.06 7726561 – Fax 06 772656288

e-mail: segreteriaacorjesu@tiscali.it

Istituto certificato UNI EN ISO 9001: 2015

P.I. 01066211002 – C.F. 02500250580

Residenza * (solo se diversa dalla residenza del Genitore)

Indirizzo _____

Comune _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

Domicilio (se diverso dalla Residenza)

Indirizzo _____

Comune _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

Scuola di provenienza _____

Richiesta di ammissione alla frequenza anticipata

SÌ NO

Riferita solo a coloro che compiono il sesto anno di età nel periodo compreso tra il 1° Gennaio ed il 30 Aprile

Alunno/a con **disabilità ***

SÌ NO

Alunno/a con **DSA ***

SÌ NO

Alunno/a con disabilità, non autonomo che necessita di assistenza di base (AEC) *

SÌ NO

Ai sensi della legge 104/1992 e della legge 170/2010, in caso di alunno, rispettivamente, con disabilità o disturbi specifici di apprendimento (DSA), la domanda andrà perfezionata presso la segreteria scolastica consegnando copia della certificazione entro 10 giorni dalla chiusura delle iscrizioni.

Lo studente intende **avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica**, consapevole dell'indirizzo educativo e del carattere cattolico della scuola.

Dati Secondo Genitore

Cognome * _____ Nome * _____

Data nascita * _____ Comune o Stato Estero di Nascita _____

Cittadinanza * _____ Provincia _____ Sesso _____

Codice Fiscale * _____

Professione _____

in qualità di madre padre

Residenza * Indirizzo _____

Comune _____ (Prov. _____)



Liceo Scientifico Paritario **COR JESU**

Via G. Sommeiller, 38 00185 R O M A

Tel.06 7726561 – Fax 06 772656288

e-mail: segreteriaacorjesu@tiscali.it

Istituto certificato UNI EN ISO 9001: 2015

P.I. 01066211002 – C.F. 02500250580

C.A.P. _____ Telefono _____ Cellulare _____

Domicilio (solo se diverso dalla Residenza)

Indirizzo _____

Comune _____ (Prov. _____)

C.A.P. _____ Telefono _____ Cellulare _____

posta elettronica _____

Informazioni sulla Famiglia

Informazioni da fornire perché ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi scolastici a favore degli alunni (ad es. deleghe per il ritiro degli alunni, elezioni organi collegiali, ecc.)

La propria famiglia convivente è composta, oltre allo studente, da : *

Cognome	Nome	Data Nascita	Prov. Nascita	Comune Nascita	Grado Parentela

* Non riportare i dati già inseriti nelle sezioni precedenti relative al primo e secondo genitore

Informazioni sull'Alunno/a

Alunno/a che ha effettuato le **vaccinazioni obbligatorie*** SÌ NO

Per gli alunni stranieri nati all'estero si richiede di indicare la data di arrivo in Italia* _____

Alunno/a orfano di entrambi i genitori o in affidamento ai servizi sociali SÌ NO

Alunno/a proveniente da **famiglia con un solo genitore** SÌ NO

Alunno/a con **allergie/intolleranze alimentari** certificate* SÌ NO

Altri fratelli/sorelle frequentanti lo stesso Istituto e classe frequentata:

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Firma del genitore** _____

** Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.



Liceo Scientifico Paritario **COR JESU**

Via G. Sommeiller, 38 00185 R O M A

Tel.06 7726561 – Fax 06 772656288

e-mail: segreteriaacorjesu@tiscali.it

Istituto certificato UNI EN ISO 9001: 2015

P.I. 01066211002 – C.F. 02500250580

DICHIARAZIONI – AUTORIZZAZIONI

1. Dichiaro di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nelle varie certificazioni, incluso il presente modulo, esclusivamente nell'ambito scolastico (D.Lgs. 30 giugno 2003, N. 196).
2. Acconsento che i dati rilasciati siano utilizzati dalla Scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305.
3. In caso di grave emergenza medica, che richieda un intervento urgentissimo, autorizzo la Scuola a chiamare l'ambulanza per mio figlio/a. La famiglia verrà comunque repentinamente informata dalla Scuola. In casi meno gravi, la famiglia, avvisata, decide il da farsi.
4. Autorizzo mio figlio/a a partecipare alle uscite scolastiche sul territorio, che la Scuola programma.
5. Autorizzo la Scuola a scattare fotografie e riprese filmate di classe in particolari occasioni (attività didattiche, gite, saggi...) e al loro inserimento su pubblicazioni interne. Ne vieta l'uso in contesti che ne pregiudichino la propria dignità personale e il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate **in forma del tutto gratuita**.

SÌ NO

Per la pubblicazioni delle foto o delle riprese su materiale esterno alla scuola verrà richiesta apposita liberatoria.

Autorizzazione all'uso dei sottostanti numeri di telefono per comunicazioni da parte del D.S. e/o suo delegato (Docente o Segreteria) e indirizzi e-mail da inserire in una mailing list

Tel. Casa _____ e-mail _____

Tel. Lavoro padre/tutore _____ Cell. n° _____

Tel. Lavoro madre _____ Cell. n° _____

N.B.: segnalare qui il recapito per le **URGENZE**, al quale essere **SEMPRE** rintracciabili:

ROMA _____ firma _____

N.B.: firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

Si allegano i seguenti documenti:

1. copia dei documenti e del codice fiscale dell'alunno e dei genitori
2. copia certificato vaccinale
3. certificato medico per attività non agonistiche (solo in presenza di patologie)
4. certificato medico per allergie e/o intolleranze

L'Istituto "Cor Jesu" ritiene perfezionata l'iscrizione al ricevimento del presente modulo, compilato in ogni sua parte e debitamente firmato, da consegnare unitamente all'importo del contributo per l'iscrizione.



Liceo Scientifico Paritario **COR JESU**

Via G. Sommeiller, 38 00185 R O M A

Tel.06 7726561 – Fax 06 772656288

e-mail: segreteriaacorjesu@tiscali.it

Istituto certificato UNI EN ISO 9001: 2015

P.I. 01066211002 – C.F. 02500250580

IMPEGNO DI PAGAMENTO

Noi sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____, frequentante l'Istituto Paritario "Cor
Jesu", assumiamo

IMPEGNO DI PAGAMENTO

relativo alle seguenti somme:

1) quota a.s. 2020/21 € 2.720,00:

- di cui € 320,00 all'atto di iscrizione: per l'ISCRIZIONE e COSTI PER SERVIZI (assicurazioni, spese di segreteria, riscaldamento, ecc.);
- il contributo scolastico annuale è
di **Euro 2.400,00** per l'orario scolastico obbligatorio
e può essere suddiviso in rate bimestrali, secondo il calendario sotto indicato

Rate	Importo - euro	Scadenza
Settembre - Ottobre	480,00	30/09/2020
Novembre - Dicembre	480,00	30/11/2020
Gennaio - Febbraio	480,00	31/01/2021
Marzo - Aprile	480,00	31/03/2021
Maggio - Giugno	480,00	31/05/2021
Tassa esame (SOLO PER LA CLASSE V)	€ 230,00	Entro il 28/02/2021

I pagamenti saranno da noi corrisposti entro le date stabilite, costituendo, il termine del **31 Maggio 2020** l'ultimo utile anche per il pagamento delle morosità eventualmente maturate.

Roma, _____

Firma dei genitori _____