



*Al Dirigente Scolastico
I.T.T.S. "G.e M. Montani"
FERMO*

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI PERCORSI DI SECONDO LIVELLO (CORSI SERALI)
ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

Il Sottoscritto _____ M F
(cognome e nome)

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHIEDE L'ISCRIZIONE

Al percorso di secondo livello dell'indirizzo di studio:

- AGRARIA, AGROALIMENTARE E AGROINDUSTRIA - ART. PRODUZIONI E TRASFORMAZIONI**
- MECCANICA, MECCATRONICA ED ENERGIA - ART. MECCANICA E MECCATRONICA**

periodo didattico:

- primo periodo (classi prima e seconda)**
- secondo periodo (classi terza e quarta)**
- terzo periodo (quinta classe)**

Al fine della stipula del patto formativo individuale:

CHIEDE

il riconoscimento dei crediti, riservandosi di allegare l'eventuale relativa documentazione. A tal fine, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA

- ✓ di essere nato a _____ prov _____ il _____
- ✓ di essere cittadino _____ in Italia dal _____
- ✓ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n _____
c.a.p. _____ tel _____ cell _____ e-mail _____
- ✓ di essere domiciliato (**compilare solo se diverso dalla residenza**) :
Comune _____ Prov. _____ via _____ n _____
- ✓ di non poter frequentare il corso diurno per i seguenti motivi (*solo per minori di età compresa tra i 16 e 18 anni*):

DATI RELATIVI AL PERCORSO SCOLASTICO (*allegare eventuale documentazione*)

| TITOLI DI STUDIO IN POSSESSO | CONSEGUITO | | NOTE | DURATA IN ANNI | POSSESSO DOCUMENTI |
|---------------------------------|---------------------------|--------|------|-------------------|-----------------------|
| | ITALIA Presso Istituto | ESTERO | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|----|----|
| Licenza media | | | | | SI | NO |
| Form. prof.le FP | | | | | SI | NO |
| Qualifica istruzione professionale | | | | | SI | NO |
| Diploma superiore | | | | | SI | NO |
| Laurea | | | | | SI | NO |
| Crediti formativi da valutare | | | | | SI | NO |
| Altro | | | | | SI | NO |

Il/la sottoscritto/a consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

Fermo, _____

In fede _____

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale (solo per i minori) _____

Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 Il/la sottoscritto/a, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, 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 (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Fermo, _____

firma _____

ALLEGA:

- COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
- COPIA CODICE FISCALE
- COPIA TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO
- ATTESTAZIONE VERSAMENTO DI € 15,13 SUL C/C 1016 (TASSA DI FREQUENZA)
- ATTESTAZIONE VERSAMENTO DI € 6,04 SUL C/C 1016 (TASSA DI ISCRIZIONE)
- VERSAMENTO DI € 60,00 SUL C/C 186635 INTESTATO: ITI MONTANI – SERVIZIO CASSA - CAUSALE: CONTRIBUTO VOLONTARIO ISTITUTO (IMPORTO COMPRENSIVO DI ASSICURAZIONE , FOTOCOPIE ECC.)

La scuola si riserva di attivare uno o più periodi didattici, in base al numero di iscrizioni. Si valuterà la possibilità di attivare il periodo:

- I° biennio, classi prima e seconda
- II° biennio, classi terza e quarta
- monoennio per la classe quinta