



## DOMANDA ISCRIZIONE ALLA CLASSE \_\_\_\_\_ A. S. 2022/2023

IL sottoscritto \_\_\_\_\_ padre/madre  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'iscrizione dello/a stesso/a alla classe \_\_\_\_\_ **Liceo Scientifico Sportivo** per l'a. s. 2022/23, a tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

L'alunno/a \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

È nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_

È cittadino/a Italiano altro (indicare quale) \_\_\_\_\_

È residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) Cap ( \_\_\_\_\_ )

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Email dei genitori \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ;

Cell Allievo/a \_\_\_\_\_ e-mail Allievo/a \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ;

Proviene dalla Scuola \_\_\_\_\_ ove ha frequentato la classe \_\_\_\_\_

o conseguito il Diploma di licenza media con voto \_\_\_\_\_ .

Alunno/a con disabilità SI NO

Alunno/a con DSA-BES SI NO

Alunno/a con disabilità, non autonomo che necessita SI NO

Assistenza di base (AEC)

La propria famiglia convivente è composta da:

Cognome Nome	Data e luogo nascita	Codice Fiscale	Parentela

È stato sottoposto a vaccinazioni obbligatorie SI NO

### FIRMA DI AUTOCERTIFICAZIONE (*entrambi i genitori*)

Piacenza, li \_\_\_\_\_

*I dati personali sono trattati ai sensi delle vigenti normative in materia di privacy. Informativa completa disponibile su: <https://www.sbeneditto.it/>*



## DATI PAGANTE

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*CONSEGNARE IN SEGRETERIA FOTOCOPIA COD.FISC. PAGANTE E ALLIEVO/A*

Inoltre, il sottoscritto \_\_\_\_\_ padre/madre  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

Preso atto dell'informativa privacy del Titolare del trattamento,

### AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali secondo le vigenti normative in materia di privacy e protezione dei dati (Reg.UE 2016/679 e D. Lgs.196/2003) e,

### DICHIARA

Di essere a conoscenza della possibilità di ricevere da parte della Scuola, su richiesta, una certificazione a lui intestata riepilogativa delle spese sostenute durante l'anno

Piacenza, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



### I genitori **DICHIARANO**

di aver preso visione all'atto dell'iscrizione, di accettare e di condividere il:

- Piano dell'Offerta Formativa della Scuola Paritaria Liceo Scientifico Sportivo San Benedetto.
- Patto di corresponsabilità scuola-famiglia.
- Regolamento di Istituto

depositati presso la Segreteria Didattica e reperibili sul sito dell'Istituto.

### **SI IMPEGNANO**

A rimanere aggiornato circa novità, aggiornamenti ed integrazioni dei predetti documenti.

In caso di mancato dissenso espressamente comunicato presso la segreteria del Liceo, si intende accettato ed approvato il testo così come pubblicato sul sito dell'Istituto e reperibile presso la Segreteria Didattica.

Piacenza, li \_\_\_\_\_

**FIRMA (*entrambi i genitori*)**

\_\_\_\_\_

---

### **COMUNICAZIONI URGENTI**

Il/La sottoscritto/a genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Fa presente che, in caso di necessità e per qualunque evenienza in ordine alla salute e alla sicurezza degli alunni/e, la scuola può contattare telefonicamente le seguenti persone:

\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Il medico di famiglia è il dott. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

*I dati personali sono trattati ai sensi delle vigenti normative in materia di privacy. Informativa completa disponibile su:*  
<https://www.sbeneditto.it/>



## AUTORIZZAZIONI USCITE DIDATTICHE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Autorizza la partecipazione del/della proprio/a figlio/a alle attività esterne della scuola in orario di lezione (uscite didattiche) per l'intero anno scolastico.

Esonera le autorità scolastiche da tutte le responsabilità che esulino dai normali doveri di vigilanza sugli alunni assicurata dal personale accompagnatore ai sensi del disposto ministeriale e dei relativi articoli del Codice Civile in vigore.

Piacenza, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Liberatoria per utilizzo di materiale Foto/Video

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Autorizza la partecipazione del/della proprio/a figlio/a alla produzione di materiale Audio/Foto/Video ai fini delle attività istituzionali e/o di promozione scolastica, anche in caso di riprese televisive da parte di TV nazionali.

Piacenza, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Scelta di avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica per l'a. s. 2022/23

- Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
- Scelta di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*I dati personali sono trattati ai sensi delle vigenti normative in materia di privacy. Informativa completa disponibile su: <https://www.sbenedetto.it/>*



**MODULO CONSENSO INFORMATO**

Nell’ambito di un arricchimento dell’offerta didattica ed educativa, la scuola prevede la possibilità di collaborazione con una psicologa / psicoterapeuta. La consulenza psicologica mira a prevenire situazioni di disagio e promuovere il benessere dei singoli e dei gruppi cercando di ridurre, per quanto possibile, l’interferenza di problemi personali con il compito di lavoro della scuola e con i processi di apprendimento.

Le attività proposte prevedono:

- L’osservazione del gruppo classe;
- La possibile attivazione di progetti psico – educativi che coinvolgono il gruppo classe, le cui finalità vengono concordate ed approvate dagli organi collegiali a seconda delle necessità rilevate in itinere;
- L’eventuale consulenza psicologica all’alunno, laddove richiesto dal soggetto;
- Il supporto alla genitorialità;
- La partecipazione della consulente ai consigli di classe ed Istituto;
- L’organizzazione di formazioni specifiche per il corpo docente;
- La partecipazione della professionista agli incontri di équipe con i referenti esterni alla scuola (operatori sanitari, terapisti, servizi sociali ecc.);
- Il supporto e la supervisione agli insegnanti.

Le attività si svolgeranno nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale, potranno richiedere, ove necessario, il coinvolgimento dei genitori oppure del tutore legale.

Noi sottoscritti:

(cognome e nome) ..... nato a ..... il .....

(cognome e nome) ..... nato a ..... il .....

In qualità di genitori / tutori del minore ..... Frequentante la classe .....  
dell’Istituto

**DICHIARIAMO**

Di aver preso visione e compreso le attività e finalità previste dalla consulenza psicologica e di autorizzarne lo svolgimento.

Data e luogo .....

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente autorizzazione ha validità sino al termine del ciclo scolastico, salvo diversa comunicazione da parte della Segreteria ovvero comunicazione scritta da parte dei genitori alla Segreteria.

***I dati personali sono trattati ai sensi delle vigenti normative in materia di privacy. Informativa completa disponibile su: <https://www.sbeneditto.it/>***