



## ISTITUTO ODONTOTECNICO

ODONTUS & BC UNIVERSITY s.r.l.

Via B. Castelli, 6 21100 VARESE VA

Tel. 0332.238389 segreteria@odontus.it

P.IVA 03579540125 odontus@pec.it - www.odontus.it



LL-C  
Certification

ISO 9001:2015 - N. 3904698

SCUOLA PARITARIA

# DOMANDA DI ISCRIZIONE



Anno scolastico \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Nome (Allievo)

Cognome (Allievo)

### SE ALUNNO MINORENNE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di padre/tutore,

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ in qualità di madre/tutore,

nato a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

### SE ALUNNO MAGGIORENNE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(ai sensi dell'art. 30 della Costituzione, al fine di tutelare il diritto allo studio dell'alunno anche se maggiorenne ed il diritto-dovere dei genitori di mantenere, istruire ed educare i figli, la scuola informerà la famiglia dell'andamento scolastico – a titolo esemplificativo ma non esaustivo: assenze, sospensioni, ritardi - dell'alunno).

### CHIEDE

L'iscrizione per l'anno formativo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

alla classe  1°  2°  3°  4°  5°  Esami di maturità

del percorso di Istruzione Professionale indirizzo servizi socio-sanitari articolazione "Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: Odontotecnico

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dal D.P.R. n. 445 del 28 ottobre 2000 (art. 76, norme penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e art. 75, decadenza dai benefici ottenuti con dichiarazioni non veritiere) e consapevole che l'iscrizione è perfezionata e subordinata al possesso di tutti i requisiti necessari secondo la vigente normativa:



**DICHIARA**

**(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

che l'allievo/a:

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Maschio     Femmina

è in possesso della cittadinanza     Italiana     Altro (specificare) \_\_\_\_\_

risiede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Cellulare a cui inviare messaggi/comunicazioni \_\_\_\_\_

Mail a cui inviare messaggi/comunicazioni \_\_\_\_\_

Che per la durata del corso ha DOMICILIO (da compilare solo nel caso la residenza non coincida con il domicilio) in:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo al quale inviare le comunicazioni:     RESIDENZA     DOMICILIO

**DICHIARA**

**(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Che l'allievo/a

1 – è in possesso del titolo di studio di licenza media conseguito presso

la scuola \_\_\_\_\_ situata nel comune di \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ con il seguente voto finale \_\_\_\_\_

2 – ha frequentato e interrotto, in passato, un corso di studi di secondaria di secondo grado senza conseguirne il titolo?     SI     NO

Se SI, indicare il percorso di studi: \_\_\_\_\_

presso la scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ classi \_\_\_\_\_

**(OBBLIGATORIO FORNIRE PAGELLE E DOCUMENTAZIONE DEL PERCORSO DI STUDI PRECEDENTE)**

3 – è in possesso del seguente titolo di qualifica professionale necessario per l'accesso al 4° anno:

\_\_\_\_\_



## ISTITUTO ODONTOTECNICO

ODONTUS & BC UNIVERSITY s.r.l.

Via B. Castelli, 6 21100 VARESE VA

Tel. 0332.238389 segreteria@odontus.it

P.IVA 03579540125 odontus@pec.it - www.odontus.it



ISO 9001:2015 - N. 3904698

SCUOLA PARITARIA

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati dichiarati nella presente e autorizza l'Istituto Scolastico al trattamento dei dati personali così come previsto e regolato dal DGLS n° 196/2003, comunicati in relazione al corretto assolvimento di tutti gli obblighi amministrativi e contabili legati al rapporto instaurato, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali.

**L'iscrizione è subordinata al possesso di tutti i requisiti necessari secondo la vigente normativa.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA PADRE/TUTORE

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, salvo che il giudice non abbia deciso diversamente.

FIRMA MADRE/TUTORE

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori, salvo che il giudice non abbia deciso diversamente.

FIRMA DELL'ALLIEVO/A MAGGIORENNE

\_\_\_\_\_

### COORDINATE BANCARIE PER IL VERSAMENTO DELL'ISCRIZIONE:

**IBAN IT51W0306910810100000062154**

**INTESTATO A ODONTUS SRL**

**BANCA INTESA SANPAOLO S.P.A.**

**FILIALE PIAZZA SAN VITTORE, 5 VARESE**