



Istituto Istruzione Superiore

con convitto annesso

"Ignazio e Vincenzo Florio"

Via Mario Barresi, 26 - 91016 Erice (CasaSanta)

TEL. +39 0923 556001 - FAX +39 0923 555501

e-mail : tpis03300r@istruzione.it, PEC: tpis03300r@pec.istruzione.it

sito internet www.alberghieroerice.edu.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Dirigente Scolastico
I.I.S.S. "I. e V. Florio"
Via Barresi, 26
Erice (TP)

l sottoscritt_ padre madre Tutore

Cognome e nome del genitore/tutore esercente la patria potestà

dell'alunn_ _____

Cognome e nome

CHIEDE

L'iscrizione dell'__stess__ alla classe ____ sez. ____, per l'anno scolastico **2022 /2023** indirizzo:

Enogastronomia

Servizi di sala e vendita

Accoglienza turistica

Pasticceria

Sede Centrale

Sede *Succursale*

Erice Centro Storico

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'alunn_ _____

C.F. _____

Cognome e nome

nat_ _____ a _____

il _____

maschio *femmina*

residente a _____ (Prov.____) cap _____ in Via/Piazza _____

_____ n. civ.____ telefono _____ cellulare _____

Data, _____

Firma*: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI ART. 13 D.LGS 196/03

....sottoscritt.... dichiara di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i dati personali contenuti nel Fascicolo Personale esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs n. 196 del 30/06/2003).



Istituto Istruzione Superiore

con convitto annesso

"Ignazio e Vincenzo Florio"

Via Mario Barresi, 26 - 91016 Erice (CasaSanta)

TEL. +39 0923 556001 - FAX +39 0923 555501

e-mail : tpis03300r@istruzione.it, PEC: tpis03300r@pec.istruzione.it

sito internet www.alberghieroerice.edu.it



Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver preso visione nell'albo dell'istituzione scolastica dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, ed è a conoscenza delle informazioni ivi contenute, in particolare, con riguardo alle finalità ed alle modalità del trattamento ivi specificate, nonché dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati o trasferiti:

- 1) **Trattamento dei dati personali per la realizzazione delle attività extracurricolari indicate nel P.O.F.**
- 2) **Comunicazione e/o diffusione dei dati personali per la produzione di elaborati, cd-rom, filmati e prodotti multimediali delle attività curricolari ed extracurricolari indicate nel POF**
- 3) **Trasferimento dei dati personali ad altri soggetti istituzionali (Comune, ONLUS, Enti no-profit).**
- 4) **Finalità di inserimento nel mercato del lavoro.**

concede il consenso

non concede il consenso

alla Scuola di trattare i dati personali per finalità d'inserimento nel mercato del lavoro.

Il genitore/tutore/affidatario

Data

Firma

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Questa Istituzione Scolastica ha istituito uno Sportello di Ascolto, messo a disposizione degli alunni che ne facciano richiesta, dando la possibilità di consultare un psicologo/a.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi italiani.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico dei Psicologi Italiani.

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO
APPROPRIATO**

MAGGIORENNI

Lastudentessa/Lo studente _____

Nato/a a _____ il

_____/_____/_____

e residente a _____ in

via _____ n. _____



Istituto Istruzione Superiore

con convitto annesso

"Ignazio e Vincenzo Florio"

Via Mario Barresi, 26 - 91016 Erice (CasaSanta)

TEL. +39 0923 556001 - FAX +39 0923 555501

e-mail : tpis03300r@istruzione.it, PEC: tpis03300r@pec.istruzione.it

sito internet www.alberghieroerice.edu.it



Dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data _____ Firma _____

MINORENNI

La
Sig.ra _____
madre del minorenni _____

nata a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in via _____ n. ____

Dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____
padre del minorenni _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in via _____ n. ____

Dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____

nata/o a _____ il ____/____/____

Tutore del minorenni _____ nata/oa _____ il ____/____/____

In ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data, numero) _____

e residente a _____ in via _____ n. ____

Dichiara di aver compreso quanto sopra illustrato e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di Ascolto Scolastico.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____