



| | |
|--|--------|
| Anno Scolastico 20 ____ -20 ____ | Classe |
| Scuola dell'Infanzia | |
| Scuola Primaria | |
| Scuola Secondaria di I Grado | |
| del Liceo Scientifico opz. Sc. Applicate | |
| del Liceo delle Scienze Umane | |

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

Informativa art. 13 del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (GDPR). Il sottoscritto 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. La base giuridica del trattamento è la richiesta di partecipazione ad un servizio scolastico. Il Titolare del trattamento è la Provincia S. Giovanna Antida Delle Suore della Carità sotto la Protezione di S. Vincenzo De' Paoli a cui affida l'incarico all'Istituto Scolastico Maria Immacolata a cui si può rivolgere via mail all'indirizzo privacy@imigorgonzola.it per l'esercizio dei suoi diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR. Il DPO è contattabile al seguente indirizzo email privacysuoredellacarita@gmail.com.

| | | |
|---|---|--------------------------|
| I PARTE | | ad uso Segreteria |
| ALLIEVO/A _____ cognome e nome _____ luogo di nascita _____ data di nascita _____ | | |
| INDIRIZZO _____ / _____ via e numero _____ cap. _____ città e provincia _____ tel. principale _____ | | |
| PADRE _____ cognome e nome _____ _____ luogo di nascita _____ data di nascita _____ _____ titolo di studio (facoltativo) _____ professione (facoltativo) _____ _____ cellulare _____ tel. lavoro _____ _____ E-mail _____ | MADRE _____ cognome e nome _____ _____ luogo di nascita _____ data di nascita _____ _____ titolo di studio (facoltativo) _____ professione (facoltativo) _____ _____ cellulare _____ tel. lavoro _____ _____ E-mail _____ | |
| SCUOLA DI PROVENIENZA _____ nome _____ luogo _____ ultima classe frequentata _____ | | |
| <input type="checkbox"/> AMMISSIONE ALLA CLASSE _____ <input type="checkbox"/> NON AMMISSIONE ALLA CLASSE _____ <input type="checkbox"/> | | |
| EVENTUALI CLASSI RIPETUTE (specificare quali) _____ | | |
| Data di presentazione _____ | | Firma _____ |



| | |
|--|-------------------------|
| II PARTE | ad uso Dirigente |
| STUDENTE BES _____ L. n.104/1992 <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> Svantaggio <input type="checkbox"/> | |
| Insegnante di sostegno SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| LINGUA MADRE _____ | |
| LINGUE STRANIERE CONOSCIUTE: INGLESE <input type="checkbox"/> FRANCESE <input type="checkbox"/> SPAGNOLO <input type="checkbox"/> TEDESCO <input type="checkbox"/> | |
| ALTRO <input type="checkbox"/> (specificare) _____ | |
| CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE CONSEGUITE (specificare) _____ | |
| CERTIFICAZIONI INFORMATICHE CONSEGUITE (specificare) _____ | |
| SPORT AGONISTICO PRATICATO (specificare) _____ | |
| ALTRE DISCIPLINE ARTISTICHE (specificare) _____ | |
| PARROCCHIA DI APPARTENENZA _____ | |
| FAMILIARI CHE HANNO FREQUENTATO LA NOSTRA SCUOLA _____ | |
| NOTE PARTICOLARI UTILI AL PERCORSO SCOLASTICO _____ _____ | |
| Data di presentazione _____ | Firma _____ |