

Anno Scolastico 20_____ - 20_____	Classe
Sezione Primavera	
Scuola dell'Infanzia	
Scuola Primaria	
Scuola Secondaria di I Grado	
Liceo Scientifico opz. Sc. Applicate	
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	
ALLIEVO/A _____ <small>cognome e nome</small> <small>luogo di nascita</small> <small>data di nascita</small>	
INDIRIZZO _____ <small>via e numero</small> <small>cap.</small> <small>città e provincia</small> <small>tel. principale</small>	
PADRE _____ <small>cognome e nome</small> <hr/> <small>luogo di nascita</small> <small>data di nascita</small> <hr/> <small>titolo di studio (facoltativo)</small> <small>professione (facoltativo)</small> <hr/> <small>cellulare</small> <small>tel. lavoro</small> <hr/> <small>E-mail</small>	MADRE _____ <small>cognome e nome</small> <hr/> <small>luogo di nascita</small> <small>data di nascita</small> <hr/> <small>titolo di studio (facoltativo)</small> <small>professione (facoltativo)</small> <hr/> <small>cellulare</small> <small>tel. lavoro</small> <hr/> <small>E-mail</small>
SCUOLA DI PROVENIENZA _____ <small>nome</small> <small>luogo</small> <small>ultima classe frequentata</small>	
<input type="checkbox"/> AMMISSIONE ALLA CLASSE _____ <input type="checkbox"/> NON AMMISSIONE ALLA CLASSE _____ <input type="checkbox"/>	
EVENTUALI CLASSI RIPETUTE (specificare quali) _____	

Segue →



II PARTE

Bisogni Educativi Speciali (BES)

L. n.104/1992 → Insegnante di sostegno _____

Assistenza educativa scolastica _____

Certificazione DSA

Altro (specificare) _____

LINGUA MADRE _____

LINGUE STRANIERE CONOSCIUTE: INGLESE FRANCESE SPAGNOLO TEDESCO

ALTRO (specificare) _____

CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE CONSEGUITE (specificare) _____

CERTIFICAZIONI INFORMATICHE CONSEGUITE (specificare) _____

SPORT AGONISTICO PRATICATO (specificare) _____

PARROCCHIA DI APPARTENENZA _____

FAMILIARI CHE HANNO FREQUENTATO LA NOSTRA SCUOLA _____

NOTE PARTICOLARI UTILI AL PERCORSO SCOLASTICO _____

Data di presentazione _____ **Firma** _____