**DOMANDA D’ISCRIZIONE ALLA CLASSE \_\_\_\_^ A.S. 2024/2025 AUTOCERTIFICAZIONE**

**Al Dirigente Scolastico Del Liceo Classico “G. Siotto Pintor”**

**Viale Trento, 103 – 09123 – Cagliari – Tel. 070275410 –** **capc050004@istruzione.it**

**Il/la sottoscritto/a***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

****** padre ****** madre ******tutore ******alunno

**dell’alunno/a***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 cognome nome di cui alla foto allegata**→**

**CHIEDE**

**l’iscrizione dello/a stesso/a**

**alla classe \_\_\_\_\_^ \_\_\_\_**

**per l’anno scolastico 2024 - 2025**

FOTOTESSERA

(APPLICARE QUI)

**Il/la sottoscritto/a AUTOCERTIFICA, inoltre, che l’alunno/a suddetto/a ha conseguito:**

** Il Diploma di Licenza Media , nell’a.s.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

 **Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la seguente valutazione finale** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’Ammissione alla classe \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**L’Idoneità alla classe \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Allega fotocopia documento identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine DICHIARA**, in base alle norme relative alla semplificazione delle certificazioni amministrative e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero (Leggi: 15/68, 127/97, 131/98; D.P.R. 403/98 e 445/2000), **che**:

**l’alunno** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**C.F**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 **cognome e nome**

* **è nato a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Prov. \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **è cittadino italiano altro** (indicare la nazionalità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **è residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_
* **è domiciliato a \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_

**telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie sì no (**presso ASL Comune di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**Il sottoscritto dichiara, altresì, di aver ricevuto l’informativa prevista dal Decreto Legislativo del 30/06/2003, n° 196, e dal Decreto Ministeriale del 7/12/2006, n° 305, e 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 Amministrazione**

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_