



## Sez C. SCELTA RELIGIONE CATTOLICA / ATTIVITA' ALTERNATIVE

CON VALIDITA' PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO DI ISCRIZIONE E SENZA POSSIBILITA' DI ULTERIORE MODIFICA

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ a conoscenza del diritto riconosciuto dallo Stato, della libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (art 9.2 del Concordato del 18.2.1984 ratificato con Legge 25.3.1985) chiede che \_\_\_I\_\_\_ propri \_\_\_ figli \_\_\_  
(la scelta si esercita contrassegnando **la voce che interessa**)

- SI AVVALGA** dell'insegnamento della religione cattolica
- NON SI AVVALGA** dell'insegnamento della religione cattolica

Nel caso in cui **non si avvalga** dell'insegnamento della religione cattolica **chiede**  
(l'opzione si esercita contrassegnando **la voce che interessa**)

- a) Attività didattiche e formative      b) attività di studio e/o ricerca individuali con assistenza di personale docente
- c) attività di studio e/o ricerca individuali senza assistenza di personale docente
- d) Non frequenza della scuola nelle ore di insegnamento della Religione Cattolica

## Sez D. DICHIARAZIONI ULTERIORI, AUTORIZZAZIONI, LIBERATORIE \_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_

A. (limiti di utilizzo presenti dati per la scuola) **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 Amministrazione** (ex D.L. 196/2003).

B. (consenso trasmissione dati ad Asl) **acconsente a che i dati personali sensibili del proprio /a figlio/a** possano essere **trasmessi all'ASL** per i compiti istituzionali assegnati di prevenzione tutela e sorveglianza della salute della collettività, nonché per necessità di assistenza socio sanitaria dell'alunno/a medesimo.

C. ( autorizzazione servizi assistenza Cic)  **autorizza**    **non autorizza** (*barrare la voce che interessa*) il proprio figlio/figlia a fruire, previa richiesta, dello **sportello psicologico interno "CIC" e del relativo servizio di consulenza**, salva la possibilità di modificare i termini della presente autorizzazione in qualsiasi momento, tramite comunicazione scritta con ricevuta.

D. (autorizzazione pubblicazione immagini ad uso della scuola)  **autorizza**    **non autorizza** (*barrare la voce che interessa*) la pubblicazione di immagini (cartacee e/o internet) ritraenti il proprio figlio/figlia minore, salva la possibilità di modificare i termini della presente autorizzazione in qualsiasi momento, tramite comunicazione scritta

E. (autorizzazione uscita didattica) **autorizza** per l'intero anno scolastico le uscite didattiche con docente/i in orario ordinario di lezione, all'interno del territorio comunale.

F. (impegno al rispetto del Regolamento generale di istituto) **si impegna all'osservanza** piena del **Regolamento d'Istituto, del Regolamento disciplinare e del patto di corresponsabilità** dell'istituto di iscrizione, pubblicati sul sito del Liceo ( area informazioni).

G. dichiara di aver preso visione dello "Statuto delle studentesse e degli studenti" e di tutti i documenti fondamentali dei Licei (vedi sito: [www.liceoallarate.it](http://www.liceoallarate.it) area studenti: area scuola)

**H. Ha preso visione dei criteri di formazione delle classi prime pubblicati sul sito del Liceo.**

In fede, per conferma di quanto registrato nelle sezioni A, B, C, D,E,F,G, H della presente domanda di iscrizione

Luogo .....

Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_

**FIRMA** dei genitori o degli esercenti la patria potestà

.....

Alunno/a \_\_\_\_\_

da Scuola Media \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico Dei Licei di Gallarate** (tramite il Dirigente della scuola media in intestazione)

Licei (barrare a penna)	
INDIRIZZO	OPZIONE
<input type="checkbox"/> Liceo Classico	<input type="checkbox"/> di ordinamento
<input type="checkbox"/> Liceo Scientifico	<input type="checkbox"/> di ordinamento <input type="checkbox"/> di ordinamento con integrazione musicale ( a numero chiuso e con contributo a carico della famiglia per didattica musicale e pratica strumentale) <input type="checkbox"/> opzione SCIENZE APPLICATE ( a numero chiuso)  <b>NB: Selezionare obbligatoriamente solo una delle alternative</b>

Luogo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/20\_\_\_\_ I genitori ( o responsabili potestà genitoriale) \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_