



**MODULO DI PRESCRIZIONE SEDE DI SONDALO AL V° ANNO, A.F. 2019-2020,
CON ADESIONE ED ACCETTAZIONE UNILATERALE**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ Prov.(____) il _____
e residente in Via _____ n. _____ Cap _____ Prov. (____) Tel./ Cell. _____, genitore/esercente
la potestà genitoriale sull'allievo/a _____ nato/a _____ prov.(____) il _____
e residente in Via _____ n. _____ Cap _____ Prov.(____) Cell.
allievo/a _____,

INTENDE ISCRIVERSI presso il Centro di Formazione Professionale – Azienda Speciale per la Formazione della Provincia di Sondrio sede di

SONDALO all'anno formativo 2019/2020 al **V° anno ***** in regime convittuale semiconvittuale

del **CORSO AD INDIRIZZO** : ENOGASTRONOMIA SALA E VENDITA

***** Questa prescrizione non obbliga il Centro ad accettare la Sua richiesta in quanto l'iscrizione definitiva è subordinata ad un processo di selezione delle candidature e al raggiungimento di un numero minimo di alunni per Corso.**

PRESA VISIONE

- del Regolamento disciplinare approvato dall' Azienda Speciale (delibera del Consiglio di Amministrazione n. 3 del 3 febbraio 2012);
- delle vigenti tariffe applicate dall' Azienda Speciale e delle modalità di pagamento delle suddette tariffe per i corsi di formazione professionale e per l'erogazione del servizio di mensa scolastica (delibera 11/14 del 11 novembre 2014);

Ciò premesso, il/la sottoscritto/a dichiara di

ACCETTARE ESPRESSAMENTE

- tutte le condizioni, le caratteristiche e le modalità del servizio offerto ed erogato, impegnandosi fin d'ora a far rispettare al/alla proprio/a figlio/a le norme comportamentali di cui al regolamento disciplinare summenzionato e le prescrizioni disciplinari impartite dall' A.S.;
- le tariffe applicate, impegnandosi ad effettuare il pagamento del dovuto entro e non oltre le previste scadenze, mediante le modalità richieste dall'Azienda bonifico sulle seguenti coordinate bancarie: IT50S052161101000000090001.
- Il versamento di un deposito cauzionale di € 150,00, per gli allievi convittuali, da versare sulle coordinate bancarie sopramenzionate contestualmente al pagamento della prima rata (scadenza 31 ottobre 2019). Tale importo sarà restituito al termine dell'anno scolastico o soggetto a conguaglio in caso di danni arrecati al patrimonio scolastico.

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a non soffre di alcun disturbo legato all'alimentazione, né di alcuna forma di allergia alimentare.
- di aver ricevuto è sottoscritto l'informativa e richiesta di consenso ai sensi del Reg. UE 2016/679 "codice in materia di protezione dei dati personali" per il trattamento di fotografie e filmati realizzati in occasione di attività correlate alla didattica
- di essere a conoscenza del diritto riconosciuto dallo Stato della libera scelta della religione cattolica (Art. 9.2 del Concordato 18.02.1984, ratificato con la Legge 25.03.1985, n.° 121) e chiede PER IL PROPRIO/A FIGLIO/A

di **AVVALERSI** dell'insegnamento della religione cattolica
di **NON AVVALERSI** dell'insegnamento della religione cattolica

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del trasporto con gli automezzi dell'Azienda Speciale per la Formazione della Provincia di Sondrio in occasione di visite formative organizzate dall' Azienda stessa. Esonera altresì l'Azienda Speciale per la Formazione della Provincia di Sondrio da ogni responsabilità civile e penale per qualsiasi fatto potesse accadere al minore.

DICHIARA

Il sottoscritto dichiara di esonerare l'Azienda Speciale per la Formazione della Provincia di Sondrio nelle persone dei suoi responsabili da ogni responsabilità civile e penale per qualsiasi fatto illecito attribuibile al minore verso terzi, nonché per eventuali incidenti o infortuni che potessero accadere al/la minore durante la libera uscita o nel viaggio dalla o verso la propria residenza. Letto, confermato e sottoscritto

Luogo, li _____

Firma del genitore

(leggibile)

ALLEGATI DA PRESENTARE GIÀ FOTOCOPIATI:

- Copia carta identità del genitore firmatario
- Copia carta identità dell'allievo
- Dichiarazione ISEE da consegnare entro 10 giorni dall'inizio dell'anno formativo, pena pagamento retta intera (€ 330,00 MENSILI)





POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

Autorizzazione al trattamento dei dati richiesti in tabella PER RILEVAZIONI STATISTICHE di REGIONE LOMBARDIA

		MADRE	PADRE
TITOLO DI STUDIO			
	Licenza elementare		
	Licenza media		
	Titolo di istruzione secondaria superiore (scolastica ed extrascolastica) che non permette l'accesso all'università		
	Diploma di istruzione secondaria superiore che permette l'accesso all'università		
	Diploma terziario extra-universitario		
	Diploma universitario		
	Laurea di primo livello		
	Diploma di laurea		
	Laurea specialistica a ciclo unico		
	Laurea specialistica		
	Master universitario di primo livello		
	Master universitario di secondo		
	Diploma di specializzazione		
	Titolo di dottore di ricerca		
	Altro (specificare.....)		
PROFESSIONE	Legislatori, imprenditori e alta dirigenza		
	Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione		
	Professioni tecniche		
	Professioni esecutive nel lavoro d'ufficio		
	Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi		
	Artigiani, operai specializzati e agricoltori		
	Conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili e conducenti di veicoli		
	Professioni non qualificate		
	Forze armate		
	ALTRO (specificare.....)		

Firma genitore (madre) _____ email

Firma genitore (padre) _____ email





CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____
 nato a _____ Il _____ CF _____
 Residente a _____ Via _____ n. _____
 Tel. _____ Cell. _____

 Mail _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo e della modulistica da pag 1 a pag 4 al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto _____, Li _____



Allegato

INFORMATIVA EX ART.13 REG. UE 2016/679

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa che il Reg. UE 2016/679 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: istruzione, formazione, didattica e tirocini formativi.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l’eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata erogazione dei servizi e delle prestazioni del Polo di formazione professionale
4. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati “sensibili”, vale a dire dati idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l’idoneità dell’alunno allo svolgimento di attività di pratica professionale, di tirocini formativi o di eventuali attività sportive.

Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili ha le seguenti finalità: laboratori didattici, tirocini formativi, mensa scolastica, viaggi d’istruzione, gite e gemellaggi e sarà effettuato con le seguenti modalità: utilizzo dei dati al minimo in forza e in ragione del *principio di necessità per lo svolgimento delle attività didattiche/formative*.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ovvero i dati potranno essere comunicati a personale dell’azienda preposto ai servizi in questione fermo restando il divieto relativo ai dati idonei a rivelare lo stato di salute.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio per l’erogazione dei servizi e per lo svolgimento dell’attività didattica del Polo di Formazione Professionale e l’eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata erogazione dei servizi.

5. Il titolare del trattamento è il direttore Dott. Evaristo Pini.
6. Il responsabile del trattamento è il direttore Dott. Evaristo Pini.
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Reg. UE 2016/679.