



Indirizzi: *Classico, Linguistico EsaBac, Scientifico,
Linguistico Internazionale Spagnolo*

*Piazza A. Moro, 37 - 73024 Maglie (Le)
Tel. 0836/484301 - Fax 0836/484302*

*Web: www.liceocapece.gov.it – Email: dirigente@liceocapece.gov.it
Posta certificata: dirigenza@pec.liceocapece.it*

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Anno Scolastico 20__/20__

L__ Student _____ proviene dall'Istituto di _____ dove ha frequentato nell'anno scolastico 20__/20__ la classe _____

chiede

di essere trasferito/a per l'anno scolastico 20__/20__ presso codesto istituto nel seguente Indirizzo: *(indicare con una x la voce che interessa)*

GINNASIO –LICEO

GINNASIO V^ classe sez. _____

LICEO I^ classe II^ classe III^ classe sez. _____

INDIRIZZO LINGUISTICO ESABAC

INDIRIZZO LINGUISTICO INTERNAZIONALE OPZIONE SPAGNOLA

INDIRIZZO SCIENTIFICO

I^ classe II^ classe III^ classe IV^ classe V^ classe sez. _____

e chiede

di poter sostenere i seguenti esami integrativi:

Allega ricevuta dei seguenti versamenti:

1) Versamento di € _____ effettuato sul c/c 1016 intestato a: Agenzia delle entrate –Roma – Tasse Scolastiche

2) Versamento di € _____ effettuato sul c/c 10061737 intestato a: Liceo Classico Statale "F. Capece" – Maglie

Lingua/e straniera/e studiata/e presso l'Istituto di provenienza	<input type="checkbox"/> Inglese	<input type="checkbox"/> 1^ Lingua <input type="checkbox"/> 2^ Lingua <input type="checkbox"/> 3^ Lingua
	<input type="checkbox"/> Francese	<input type="checkbox"/> 1^ Lingua <input type="checkbox"/> 2^ Lingua <input type="checkbox"/> 3^ Lingua
	<input type="checkbox"/> Tedesco	<input type="checkbox"/> 1^ Lingua <input type="checkbox"/> 2^ Lingua <input type="checkbox"/> 3^ Lingua
	<input type="checkbox"/> Spagnolo	<input type="checkbox"/> 1^ Lingua <input type="checkbox"/> 2^ Lingua <input type="checkbox"/> 3^ Lingua

DATI STUDENTE	
COGNOME	
NOME	
Data e luogo di nascita	
Residente a:	
Via/Piazza e n. civico	
N° Telefono	

Allego: n. 1 foto formato tessera**OSSERVAZIONI**

Firma dell'alunno/a

Firma di uno dei genitori

<u>Componenti della famiglia</u>	Data di nascita	Luogo di nascita (prov.)	Professione o Scuola
Padre Sig.:			
Madre Sig.ra			
Fratello/ Sorella			
Fratello/ Sorella			
Fratello/ Sorella			
Fratello/ Sorella			

Data: _____

Firma di uno dei genitori

Firma di autocertificazione (ai sensi Legge 15/68, Legge 127/97, Legge 191/98 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola (per i minorenni da parte di genitore).

Dichiarazione/Autorizzazione**Per tutte le classi**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione nell'ambito e per i fini istituzionali propria della Pubblica Amministrazione e che la stessa può utilizzare tali dati per studi scolastici promossi dagli organi competenti della scuola.

Solo per le classi Quinte**SI****NO**

Autorizza altresì la scuola a fornire i dati relativi al proprio cognome e nome, indirizzo nr. Telefono e votazione Dell'esame di Stato ad aziende, Enti o Università che li richiedono per offerte di lavoro e/O di studio.

NOTE:

I/la sottoscritto/a

- 7) Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dell'indirizzo e/o dei recapiti telefonici;
- 8) Si impegna a segnalare con la massima sollecitudine ai docenti interessati gli stati di salute che sconsigliano, anche solo temporaneamente, ogni attività di Educazione Fisica;
- 9) Solleva la Presidenza e l'Istituto da ogni conseguente ad USCITE NON AUTORIZZATE (anche collettive).

Data: _____

Firma (per i minorenni da parte di un genitore)

SCELTA DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

__l__ sottoscritt__ _____, a conoscenza del diritto, riconosciuto dallo Stato, della libera scelta dell'insegnamento della religione cattolica (art. 9.2 del Concordato 18.02.1984 ratificato con legge 25.03.1985),

chiede che __l__ propri__ possa

- avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
- non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

Firma del genitore: _____

Nel caso in cui non si avvale dell'insegnamento della religione cattolica

C H I E D E

- a) Attività didattiche e formative
- b) Attività di studio e/o di ricerche individuali assistite
- c) Libera attività di studio e/odi ricerca (senza assistenza del docente)
- d) Uscita dalla scuola

Data: _____

firma dell'alunno/a

Firma del genitore nel caso di scelta del punto d

Dichiarazione/Autorizzazione

Per tutte le classi

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione nell'ambito e per i fini istituzionali propria della Pubblica Amministrazione e che la stessa può utilizzare tali dati per studi scolastici promossi dagli organi competenti della scuola.

Solo per le classi Quinte

SI **NO** Autorizza altresì la scuola a fornire i dati relativi al proprio cognome e nome, indirizzo nr. Telefono e votazione Dell'esame di Stato ad aziende, Enti o Università che li richiedono per offerte di lavoro e/O di studio.

NOTE:

l/la sottoscritto/a

- 4) Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dell'indirizzo e/o dei recapiti telefonici;
- 5) Si impegna a segnalare con la massima sollecitudine ai docenti interessati gli stati di salute che sconsigliano, anche solo temporaneamente, ogni attività di Educazione Fisica;
- 6) Solleva la Presidenza e l'Istituto da ogni conseguente ad USCITE NON AUTORIZZATE (anche collettive).

Data: _____

Firma (per i minorenni da parte di un genitore)