CERTIFICAZIONE
AGENZIA FORMATIVA
n. 34423/A/0001/UK/It

ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"R. DEL ROSSO - G. DA VERRAZZANO"
Via Panoramica, 81 - 58019 - Porto S. Stefano (GR)
Telefono +39 0564 812490/0564 810045
Fax +39 0564 814175
C.F. 82002910535 (GRIS00900X)

Sistema Gestione Qualità per la Formazione Marittima ...

CERTIFICATO N. 50 100 14484 Rev.005

Sito web: www.daverrazzano.edu.it e-mail: gris00900x@istruzione.it - segreteria@daverrazzano.it
Posta elettronica certificata: gris00900x@pec.istruzione.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI PERCORSI DI SECONDO LIVELLO A.S. 2026/2027 (EX CORSO SERALE)

Indirizzo "Trasporti e logistica" Articolazione "Conduzione del mezzo"
Opzione "Conduzione di apparati ed impianti marittimi CAIM"

Al Dirigente scolastico dell'I.S.I.S. " R. Del Rosso – G. da Verrazzano" di Porto Santo Stefano

_l_sottoscritto_ _____ ☐ M / ☐ F
(Cognome e nome)

Codice Fiscale_____

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'A.S. 2026/2027 AL PERCORSO DI SECONDO LIVELLO

dell'indirizzo di studio ITTL, articolazione "Conduzione del mezzo", opzione "Conduzione di apparati ed impianti marittimi CAIM"

☐ Primo periodo didattico (Classi 1^ -2^) ☐Secondo periodo didattico (Classi 3^- 4^) ☐Terzo periodo didattico (Classe 5^)

CHIEDE (ai fini della stipula del PATTO FORMATIVO INDIVIDUALE)

il riconoscimento dei crediti, riservandosi di allegare la eventuale relativa documentazione. A tal fine, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA DI

- essere nat __ a _____ il _____

- essere cittadin __ italian__ altro (indicare nazionalità) _____

- essere residente a _____ (prov.) _____

-via/piazza _____ n._____

-Tel. _____Cell._____ e.mail _____

- essere già in possesso del titolo di studio conclusivo del primo ciclo (licenza media);

- chiedere il riconoscimento dei crediti, per il quale allega i seguenti documenti:

_____

- non poter frequentare il corso diurno per i seguenti motivi (per i minori di età fra i 16 e i 18 anni)

_____

Firma di autocertificazione _____

CERTIFICAZIONE
AGENZIA FORMATIVA
n. 34423/A/0001/UK/It

ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"R. DEL ROSSO - G. DA VERRAZZANO"
Via Panoramica, 81 - 58019 - Porto S. Stefano (GR)
Telefono +39 0564 812490/0564 810045
Fax +39 0564 814175
C.F. 82002910535 (GRIS00900X)

CERTIFICATO N. 50 100
14484 Rev.005

Sito web: www.daverrazzano.edu.it e-mail: gris00900x@istruzione.it - segreteria@daverrazzano.it
Posta elettronica certificata: gris00900x@pec.istruzione.it

I dati personali sono trattati dall'Istituto ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali per finalità istituzionali. L'informativa completa è disponibile sul sito web dell'Istituto

Data _____ Firma _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale per il minore

Data_____Firma_____

Data_____Firma_____

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui gli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data_____Firma_____

Si allegano: fotocopia del documento di riconoscimento, del Codice fiscale e dei titoli di studio posseduti.