



LLS.....quì si piantano querce



REGIONE SICILIA



LICEO LINGUISTICO STATALE Ninni Cassarà



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA
Liceo Linguistico Statale "Ninni Cassarà"

Sede Via Don Orione 44 Palermo PAPM100009

Succursale Via G. Fattori, 86 Palermo PAPM100009

tel. 091/545307 - 091/6711187

E-MAIL papm100009@istruzione.it papm100009@pec.istruzione.it

Sito web www.linguisticocassara.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UF2XY7

AVVISO

**Agli alunni
Alle famiglie classi PRIME**

OGGETTO: Iscrizioni classi prime A.S. 2022/2023

Si comunica agli alunni delle classi prime che sono tenuti a PERFEZIONARE la domanda di iscrizione con allegata ricevuta comprovante il versamento quale contributo volontario per l'incremento dell'offerta formativa

Indirizzo Tradizionale € 50,00;

Indirizzo ESABAC € 50,00;

Indirizzo International € 120,00;

sul seguente iban della scuola

IT 85 Q 03069 04602 100000046075 Istituto Intesa San Paolo

Si richiede inoltre di compilare e inviare dichiarazione SOSTITUTIVA E DICHIARAZIONE DI VACCINAZIONE allegati alla presente avviso

La comunicazione di avvenuto pagamento di iscrizione e dichiarazioni va inviata all'indirizzo:

papm100009@istruzione.it

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Daniela Crimi**

Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 del D.Lgs. 39/1993

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____
(luogo)(prov.)

residente a _____ ()
(luogo)(prov.)

in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci,

in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 31 luglio 2017, n. 119 recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci" (vedasi anche Circolare con indicazioni operative del Min. della Salute, prot. n. 0025233-16/08/2017-DGPRES-DGPRES-P),

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ () il _____
(luogo)(prov.)

ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie

Palermo, ___ / ___ / ___

F.to La/ Il dichiarante _____

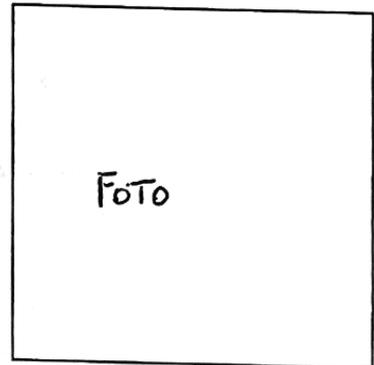
Ai sensi dell'articolo 38, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/____
residente in _____ (prov. _____)
via/piazza _____ n. _____
genitore dell'alunno/a _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA



❖ **IDENTITA'**: che l'allegata foto è del proprio figlio/a

❖ **NASCITA**: che il/la proprio/a figlio/a è nato/a a _____
Prov. di _____ il ____/____/____

❖ **RESIDENZA**: che il/la proprio/a figlio/a è residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ cell _____ cell _____
Madre Padre

e-mail: _____
Madre Padre

e-mail: _____ cell _____
Alunno/a Alunno/a

DOMICILIO: (se diverso dalla residenza) _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Palermo, ____/____/____

Il/La dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)