

AUTOCERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE E FREQUENZA

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità.

Richiesta di iscrizione a Convitto/Semiconvitto Istituto Paolo Colosimo

Quadro A – Anagrafica Utente

Cognome _____ Nome _____

Nat__ a _____ Prov. |__|__| il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Residente a _____ Prov. |__|__| Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. |__|__|__|__|__| codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail /PEC _____ Telefono _____

Quadro B – Anagrafica genitore/tutore (nei casi previsti)

Cognome _____ Nome _____

Nat__ a _____ Prov. |__|__| il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Residente a _____ Prov. |__|__| Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. |__|__|__|__|__| codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail /PEC _____ Telefono _____

Quadro C – Attività per le quali è stata presentata la domanda

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Convittuali | <input type="checkbox"/> I.S.I.S. Paolo Colosimo | Classe _____ |
| | <input type="checkbox"/> Università _____ | Anno di iscrizione _____ |
| <input type="checkbox"/> Semiconvittuali | <input type="checkbox"/> I.S.I.S. Paolo Colosimo | Classe _____ |
| | <input type="checkbox"/> Università _____ | Anno di iscrizione _____ |
| | <input type="checkbox"/> Laboratori | |

Quadro D – Documentazione allegata alla domanda

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copia del documento di riconoscimento del firmatario e dell'interessato | <input type="checkbox"/> Certificato indicante l'assenza di patologie che pregiudicano la convivenza all'interno del convitto |
| <input type="checkbox"/> Copia del codice fiscale dell'interessato | <input type="checkbox"/> Foto tessera dell'interessato (3 per i minorenni) |
| <input type="checkbox"/> Relazione socio-ambientale dei servizi sociali | <input type="checkbox"/> Certificato di residenza dell'interessato o autodichiarazione |
| <input type="checkbox"/> Copia del decreto di invalidità e legge 104/92 | <input type="checkbox"/> Cartella clinica per problemi |
| <input type="checkbox"/> Provvedimento di assunzione della retta da parte dell'Ambito/Comune | <input type="checkbox"/> Stato di famiglia o autodichiarazione |
| | <input type="checkbox"/> Certificato medico per attività sportive |

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che l'accoglienza all'Istituto Paolo Colosimo è vincolata dell'autorizzazione da parte dell'Ambito Territoriale di appartenenza

Luogo e data _____ Firma _____

Quadro E – Autorizzazione alla pubblicazione di materiale multimediale

Io sottoscritto/a _____ consapevole che i miei dati personali saranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 (di seguito "GDPR"), e del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, con la presente autorizzo l'Istituto Paolo Colosimo (di seguito "Istituto") a:

1. Riprendere e fotografare la mia immagine e/o quella di mio/a figlio/a minorenni _____ (nome e cognome del minorenni) durante le attività organizzate dall'Istituto.
2. Pubblicare e diffondere le immagini e/o i video che mi ritraggono, o ritraggono mio/a figlio/a minorenni, sui canali social ufficiali dell'Istituto (ad es. Facebook, Instagram, Twitter, YouTube) e sul sito web istituzionale.

Questa autorizzazione è concessa a titolo gratuito e senza limiti di tempo, per gli scopi istituzionali e di promozione delle attività dell'Istituto Paolo Colosimo.

Dichiaro inoltre di essere consapevole che:

- La pubblicazione delle immagini e dei video avverrà nel rispetto della dignità della persona e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
- Potrò in qualsiasi momento revocare il consenso prestato con la presente liberatoria, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca, mediante comunicazione scritta da inviare all'Istituto.

PRESTO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Confermo di aver letto e compreso la presente liberatoria e di accettare le condizioni in essa contenute.

Napoli li _____

Firma del dichiarante _____

Contatti per la Revoca del Consenso: info@istitutocolosimo.net – informatica@istitutocolosimo.net - 081 18865964