

# AUTOCERTIFICAZIONE

(rilasciata ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome nome  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
luogo sigla prov. data  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
comune sigla prov.  
indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/Piazza e numero civico

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

Che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_  
cognome nome

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

è nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
luogo sigla prov. data

è residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
comune sigla prov.

indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/Piazza e numero civico

e proviene dalla Scuola \_\_\_\_\_

ove ha frequentato la classe \_\_\_\_\_/o ha conseguito il diploma di Licenza Media

con il voto  6  7  8  9  10

Allega foto tessera.

## DICHIARA INOLTRE

che al proprio figlio  sono state  non sono state somministrate tutte le vaccinazioni previste dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome nome  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
luogo sigla prov. data  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
comune sigla prov.  
indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/Piazza e numero civico

- Divorziato/separato
- Affidato congiunto

## Dichiara

Indirizzo di studio:

- Meccanica, Meccatronica ed Energia
- Informatica e Telecomunicazioni
- Elettronica ed Elettrotecnica
- Scientifico – Opzioni Scienze Applicate
  
- Alunno con disabilità
- Alunno con DSA
  
- Ho preso visione della nota informativa
- Acconsento al trattamento dei dati
  
- Intende avvalersi della Religione cattolica
- Autorizza l'uscita anticipata o l'entrata posticipata
  
- Allego attestazione di versamento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_