



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MORANTE - GINORI CONTI"

ISTRUZIONE LICEALE - TECNICA - PROFESSIONALE

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FIRENZE - TEL. 055.6531360/1

C.F. 94017140487 – CODICE UNIVOCO UF8P5Q

fis004008@istruzione.it - fis004008@pec.istruzione.it - www.elsamorante.edu.it



LICEO SCIENZE UMANE "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.P. S.S.A.S "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.T. BIOTEC. "GINORI CONTI"

VIA DEL GHIRLANDAIO, 52 - 50121 FI - TEL. 055.670711

Succursale: Operatore del Benessere

VIA NICOLODI, 2 - 50131 FI - TEL. 055.571841

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI PERCORSI DI SECONDO LIVELLO

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto superiore Morante – Ginori Conti Firenze

Il sottoscritt _____ M F
(cognome e nome)

Codice fiscale _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE per l'a.s. _____
(selezionare uno dei due indirizzi e una sola delle classi indicate)

☐ INDIRIZZO OPERATORE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

		Primo periodo didattico	Classe prima e seconda (monoennio)
		Secondo periodo didattico	Classe terza
			Classe quarta
		Terzo periodo didattico	Classe quinta

☐ INDIRIZZO OPERATORE DEI SERVIZI COMMERCIALI

		Secondo periodo didattico	Classe terza
			Classe quarta
		Terzo periodo didattico	Classe quinta

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. _____

Cell. _____ E.mail _____



Agenzia Formativa Accreditata Dalla Regione Toscana
Con Sistema Di Qualità Certificato ISO 9001 15 100 52918



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MORANTE - GINORI CONTI"

ISTRUZIONE LICEALE - TECNICA - PROFESSIONALE

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FIRENZE - TEL. 055.6531360/1

C.F. 94017140487 – CODICE UNIVOCO UF8P5Q

fiis004008@istruzione.it - fiis004008@pec.istruzione.it - www.elsamorante.edu.it



LICEO SCIENZE UMANE "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.P. S.S.A.S "ELSA MORANTE"

VIA CHIANTIGIANA, 26/A - 50126 FI - TEL. 055.6531360/1

I.T. BIOTEC. "GINORI CONTI"

VIA DEL GHIRLANDAIO, 52 - 50121 FI - TEL. 055.670711

Succursale: Operatore del Benessere

VIA NICOLODI, 2 - 50131 FI - TEL. 055.571841

- essere già in possesso del titolo di studio conclusivo del primo ciclo

- chiedere il riconoscimento dei crediti, per i quali 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)

Data _____ Firma: _____

-l- sottoscritt, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data _____ Firma: _____

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

Data _____ Firma: _____

Data _____ Firma: _____

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia condivisa.

Data _____ Firma: _____

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305



Agenzia Formativa Accredited Dalla Regione Toscana
Con Sistema Di Qualità Certificato ISO 9001 15 100 52918