



# SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID ☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36  
 ✉ [dsga@scuolaitalianamadrid.org](mailto:dsga@scuolaitalianamadrid.org) ✉ [scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it](mailto:scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it)

## **DOMANDA di ISCRIZIONE AL LICEO A.S. 2017/2018**

### **ALUNNI INTERNI**

Il/La sottoscritto/a, .....,  
 in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale/affidatario/tutore

**chiede**

l'iscrizione di .....  
 alla classe ..... del Liceo Scientifico per l'anno scolastico 2017/2018.

Dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'ammissione è subordinata alla disponibilità dei posti.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione degli importi delle quote di iscrizione e frequenza previsti per l'ordine di scuola richiesto e pubblicati nella pagina web della Scuola (<http://www.scuolamadrid.org/>) e con la firma del presente modulo si impegna a versarle:

- in UN'UNICA SOLUZIONE entro il 30 giugno 2017 per **€ 1180**

- con PAGAMENTO DILAZIONATO come segue:

Iscrizione: entro il 30 giugno 2017.....	€ 280,00
1ª rata: entro il 30 giugno 2017.....	€ 160,00
2ª rata: entro il 30 novembre 2017.....	€ 380,00
3ª rata: entro il 31 marzo 2018.....	€ 400,00

Tot. del pagamento dilazionato **€ 1220**

Data \_\_\_\_\_

Firma per autocertificazione.....  
 (da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della Scuola, in base alla L.15/1968, L.127/1997 e D.P.R. 445/2000)

Firma dello studente (se maggiorenne).....



# SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID ☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36  
 ✉ [dsga@scuolaitalianamadrid.org](mailto:dsga@scuolaitalianamadrid.org) 🌐 ✉ [scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it](mailto:scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it)

## SCHEDA ANAGRAFICA (DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

### DATI DELL'ALUNNO/A (RISULTANTI DAI PUBBLICI REGISTRI/ACTA DE NACIMIENTO)

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ SESSO  F  M

DATA DI NASCITA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE/DNI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CODICE POSTALE \_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ NAZIONALITÀ \_\_\_\_\_ (specificare se in possesso della doppia nazionalità)

### **NEL CASO DI RIENTRO DAL PERIODO DI STUDI ALL'ESTERO\*:**

NOME DELLA SCUOLA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI STUDIO \_\_\_\_\_ CLASSE FREQUENTATA \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

\* Gli alunni rientranti dal periodo di studi all'estero verranno sottoposti ad un colloquio pluridisciplinare che si svolgerà a settembre 2017 (prima dell'inizio dell'anno scolastico). A tal fine gli stessi dovranno far pervenire i programmi effettivamente svolti tradotti in italiano **entro e non oltre il 23 giugno 2017**.

### DATI DEI GENITORI/ ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/AFFIDATARI/TUTORI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DNI/Passaporto: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
(solo se non coincidente con quello dell'alunno)

E - MAIL: (in stampatello) \_\_\_\_\_

TELEFONO FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

---

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DNI/Passaporto: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
(solo se non coincidente con quello dell'alunno)

E - MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONO FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma per autocertificazione.....  
(da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della Scuola, in base alla L.15/1968, L.127/1997 e D.P.R. 445/2000)

Firma dello studente (se maggiorenne).....



# SCUOLA STATALE ITALIANA DI MADRID

Calle Agustín de Betancourt, 1 - 28003 MADRID ☎ 91.533.05.39 fax 91.534.58.36  
 ✉ [dsga@scuolaitalianamadrid.org](mailto:dsga@scuolaitalianamadrid.org) ✉ [scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it](mailto:scuolaitalianamadrid@pec.postamsw.it)

## MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA PER L'ANNO SCOLASTICO 2017/2018

### LICEO

ALUNNO \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_

Premesso che lo Stato Italiano assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta all'autorità scolastica, in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

Si ricorda che, come da circolare ministeriale n. 10 del 15/11/2016, la scelta effettuata ha valore per l'intero corso di studi e, comunque, in tutti i casi in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fatto salvo il diritto di modificare tale scelta per l'anno successivo **entro il termine delle iscrizioni** (per quest'anno entro il **06/02/2017**)

1. Scelta di **avvalersi** dell'insegnamento della religione cattolica

2. Scelta di **non avvalersi** dell'insegnamento della religione cattolica

Data \_\_\_\_\_

Firma per autocertificazione.....  
 (da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della Scuola, in base alla L.15/1968, L.127/1997 e D.P.R. 445/2000)

Firma dello Studente

\_\_\_\_\_