



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE E PER GEOMETRI
"E. FERMI"

Via Acquaregna, 112 Tel. 06121126985-121126985 Fax 0774334373 - 00019 TIVOLI
Cod.Fisc. 86000020585 - Cod. Ist.RMTD07000G - ✉ rmtd07000g@istruzione.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
alla classe successiva**

Al Dirigente Scolastico
dell'ITCG "E.FERMI" TIVOLI

<u>I_ sottoscritt_</u> _____ <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore (Cognome e Nome)
dell'alunn_ _____ frequentante la classe _____ sezione _____ (Cognome e Nome)
Residente in _____ Via _____
Recapito telefonico: padre _____ madre _____ altro _____
CHIEDE
l' iscrizione alla classe successiva del proprio figlio

Da compilare solo per gli iscritti alle classi seconde indirizzo AFM
Dichiara di scegliere per l'iscrizione al terzo anno il seguente indirizzo:
<input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONE, FINANZA E MARKETING (ragioniere e perito commerciale)
<input type="checkbox"/> SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (ragioniere perito commerciale e programmatore)

Si allega/allegano ricevuta/e della/e tassa/e d'iscrizione deducibili fiscalmente:
-Contributo scolastico di laboratorio C/C Postale 59084004 intestato a I.T.C.G. Fermi (manutenzione e aggiornamento laboratori, wifi, organizzazione gite scolastiche, assicurazione, libretto di giustificazione, rilascio certificati, cancelleria, Almadiploma, Certificazione CISCO, Agevolazioni ECDL) o tramite bonifico bancario intestato a I.T.C.G. Fermi (IBAN IT66 C 07601 03200 000059084004):
- Classi seconde: Euro 60,00;
- Classi terze, quarte e quinte: Euro 100,00.
Il contributo scolastico è ridotto di 20,00 Euro in presenza di altri fratelli/sorelle frequentanti l'istituto: classe _____ sez. _____
-Tasse scolastiche (solo classi quarte e quinte) Euro 15,13 C/C Postale 1016 intestato a Agenzia delle entrate Centro operativo di Pescara

Si autorizza:
-la partecipazione alle uscite didattiche e la pubblicazione di fotografie e video dell'alunno per attività didattiche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-su richiesta dell'alunno/famiglia o del consiglio di classe a usufruire del servizio di sportello di ascolto attivo nel ns. istituto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data: ___/___/___

Firma: _____