

Al Dirigente Scolastico  
**Convitto Nazionale "Domenico COTUGNO"**  
**di L'Aquila**

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)

in via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

in qualità di padre madre tutore

dell'alunn \_\_\_\_\_

iscritto e frequentante la scuola \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione dell\_ stess\_ in qualità di semiconvittore a partire dal \_\_\_\_\_

A tal fine, dichiara, in base alle norme di snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:

L'alunn\_

\_\_\_\_\_

È nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

È cittadino: italiano altro (indicare) \_\_\_\_\_

E' residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/P.zza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Che la propria famiglia convivente è composta da

PADRE \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Fratelli/sorelle \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie: **SI NO**

ALLEGA

1) certificato di sana e robusta costituzione

2) tesserino sanitario in fotocopia

Firma di autocertificazione (leggi 15/98 127/97 131/98) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola.

Il sottoscritto 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 (D.lvo

196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **NOTA INFORMATIVA SEMICONVITTO**

La retta dovuta per l'ospitalità semiconvittuale è fissata annualmente dal Consiglio di Amministrazione ed è pagabile in due quote mediante versamento su:

- conto corrente postale 11390671 intestato a CN D. COTUGNO Servizio Cassa – L'Aquila
- conto corrente bancario presso la CARISPAQ – SERVIZIO TESORERIA codice IBAN IT96V0604003601000000111046.

€ 65,00 (sessantacinque/00) al mese  
da versare, con le modalità sopra indicate.

Per presa visione ed accettazione

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_