



# Istituto di Istruzione Superiore Faicchio

con sede coordinata di Castelvenere

Istituto Tecnico per il Turismo

Istituto Professionale Servizi Socio Sanitari - Odontotecnico

Istituto Professionale Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera  
con relativo Percorso di secondo livello (ex serale)

Faicchio - Via Raffaele Delcogliano - 82030 - Tel. +39 0824 863478 - Castelvenere - Piazza dei Caduti - 82037 - Tel. +39 0824 940154  
Cod. Meccanografico: BNIS02300V - Cod. Univoco ufficio: UFQEG8  
bnis02300v@istruzione.it - bnis02300v@pec.istruzione.it  
https://www.iisfaicchio-castelvenere.edu.it



## MODULO DI ISCRIZIONE ISTITUTO SUPERIORE FAICCHIO

**“PROFESSIONALE SERVIZI PER LA SANITÀ E L’ASSISTENZA SOCIALE”**

BNRH02303- SEDE FAICCHIO

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SECONDO LIVELLO (EX CORSO SERALE)

ANNO SCOLASTICO 2024-2025

Al Dirigente scolastico dell’IIS Faicchio  
Castelvenere (Denominazione  
dell’Istituto Scolastico)

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  M  F  
(Cognome e nome)

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### CHIEDE L’ISCRIZIONE PER L’A.S. 2024-2025

Al percorso di secondo livello dell’indirizzo di studio **“Professionale Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale”**

Primo periodo didattico     Secondo periodo didattico     Terzo periodo didattico

### 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. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Essere già in possesso del titolo di studio conclusivo del primo ciclo
- Chiedere il riconoscimento dei crediti, per il quale 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)

**Firma di autocertificazione**

\_\_\_\_\_

**(leggi 15/1968., 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)**

Il sottoscritto presa visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi dell’art 13 del D. Lgs 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 30.06.2003 n. 196 e Regolamento Ministeriale 07.12.2006, n. 305)

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