

ISTITUTO PROFESSIONALE STATALE SOCIO - COMMERCIALE - ARTIGIANALE

**“CATTANEO - DELEDDA” MODENA**Strada degli Schiocchi, 110 - 41124 Modena - tel. 059/353242  
C.F.: 94177200360 Codice Univoco: UFQMDM

mail: morc08000g@istruzione.it pec: morc08000g@pec.istruzione.it http://www.cattaneodeledda.edu.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2026/2027 classe 5^**

Al Dirigente Scolastico dell'I.P.S.S.C.A “CATTANEO - DELEDDA” Modena

\_1 sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_ della cl. \_\_\_\_\_

 **Conferma i dati già presentati** **Chiede di variare/inserire i seguenti dati:**

cittadinanza \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. abitazione \_\_\_\_\_

tel. padre \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

tel. madre \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

tel. altro \_\_\_\_\_

**CHIEDE**l'iscrizione alla **classe 5^** di codesto istituto per l'a.s. 2026/27 per il conseguimento del diploma **quinquennale** di istruzione professionale indirizzo: SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE – PERCORSO: ASSISTENZA SANITARIA SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE CON SPERIMENTAZIONE DEL PERCORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY – PERCORSO ATTIVITA' DI DESIGN DI MODA SERVIZI COMMERCIALI – PERCORSO: WEB COMMUNITY

\_1 sottoscritt \_\_\_\_\_ comunica inoltre quanto segue:(fornire le indicazioni anche se già presentate negli anni precedenti).

1. lo studente è soggetto a stati di malessere (es. allergie,...) \_\_\_\_\_
2. lo studente in precedenza ha avuto episodi importanti (es. epilessia, convulsioni febbri,....) \_\_\_\_\_
3. lo studente presenta malattie-patologie che richiedono l'assunzione di farmaci anche a scuola \_\_\_\_\_
4. altre problematiche che si desidera segnalare \_\_\_\_\_
5. numero di cellulare del genitore/tutore a cui inviare SMS relativi a ritardi, assenze, comunicazioni varie \_\_\_\_\_

\_1 sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna inoltre a fornire la relativa documentazione medica.

(data)

(Firma del genitore/tutore)

**SI ALLEGA:**

1. Ricevuta del versamento del contributo per l'anno scolastico 2026/27
2. Ricevuta del versamento della tassa governativa per l'anno scolastico 2026/27
3. Fotocopia del documento di riconoscimento dell'alunno