

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<sup>a</sup>

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

\_I\_ 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<sup>a</sup>** 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

\_I\_ 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 febbrili,...) \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_

\_I\_ 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