



## CONVITTO NAZIONALE PER AUDIOFONOLESI di MARSALA

Via Grotta Del Toro n. 21 Tel. 0923/989455  
e Mail: [TPVC020008@istruzione.it](mailto:TPVC020008@istruzione.it) Pec: [tpvc020008@istruzione.it](mailto:tpvc020008@istruzione.it)  
Sito Internet: [www.convittoaudiofonolesi.gov.it](http://www.convittoaudiofonolesi.gov.it)

Spett.le Ente \_\_\_\_\_

Oggetto: **Richiesta d'adozione rette mantenimento per l'ammissione al Convitto anno Scolastico: \_20\_\_/\_20\_\_**

### I sottoscritti:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

In qualità di: Genitori/Tutor \_\_\_\_\_

dell'Allievo/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

Frequentante la Scuola: \_\_\_\_\_ classe: \_\_\_\_\_ sez.: \_\_\_\_\_

### Chiedono a codesto spettabile Ente

Di voler assumere l'onere della retta annuale per l'ammissione al Convitto per Audiofonolesi di Marsala  
nella qualità di  Convittore/ trice  Semiconvittore / trice  
mediante apposizione del visto positivo , condizione indispensabile, per l'ammissione al Convitto dell'alunno/a.

Marsala: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

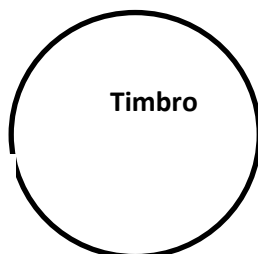
Padre, Tutor, Altro

Madre, Tutrice, Altro

**RISERVATO ALL'ENTE IN INDIRIZZO**

**Si attesta di aver ricevuto la presente richiesta per l'accertamento del pagamento della retta, e di autorizzare l'impegno di spesa.**

In data: \_\_\_\_\_



Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare, oltre ai genitori già evidenziati in precedenza, è così composto:

n.	Cognome	Nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Prov.

Alla presente allega i seguenti documenti:

- Certificato Medico rilasciato dall'ASP;
- Fotocopia documento di riconoscimento del genitore;
- Copia modello I.S.E.E. in corso di validità;
- Eventuale scheda medica informativa dell'allievo e famiglia.

\_\_\_\_\_

Padre,tutor, altro

\_\_\_\_\_

Madre, tutrice, altro

**Al Signor Dirigente Scolastico  
Convitto Nazionale per Audiofonolesi  
M A R S A L A**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Genitore/Tutor di: \_\_\_\_\_

**Autorizza**

A trasmettere i dati clinici, personali e di natura socio-ambientale per fini didattici, inerenti la presa in carico del ragazzo nel corso del presente ciclo di studi e per ogni iniziativa inerente lo svolgimento degli incontri Convitto – Scuola – Scuola – Ente di appartenenza, ottemperando alle direttive regionali e ministeriali.  
Quanto sopra costituisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675 del 31/12/1996 e della legge 196 del 30/06/2003.

Con osservanza

Dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del D.lvo n. 196/2003 a tutela della privacy e pertanto:

- 1) Dichiara di essere a conoscenza che i dati in possesso del convitto vengono trattati solo per scopi istituzionali propri della P.I.;
- 2) Dà il proprio consenso per la comunicazione dei dati a soggetti privati quali ad esempio compagnie di assicurazione, agenzie di viaggi C.O.N.I. consapevole del fatto a causa del mancato consenso non potrà avvantaggiarsi dei benefici conseguenti;
- 3) E' a conoscenza del fatto che in qualsiasi momento può aggiornare i dati o revocare il proprio consenso.

Firma del Genitore: \_\_\_\_\_

allega documento di identità valido