  

Unione Europea

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE LERCARA FRIDDI**

Viale Pietro Scaglione n. 24- 90025 Lercara Friddi (PA)Tel. 0918213969- Fax 0918211224

Sito web:www.iislercarafriddi.gov.it

# Domanda di iscrizione alla classe Quarta A.S. 2024/2025

# (studenti/studentesse interni/e)

**Conferma iscrizione**

studente/studentessa (Cognome) (nome)

nato/a a (Prov.)( ) il

residente a (Prov.)( ) in Via n.

Scelta Religione Cattolica SI (barrare se si) NO (barrare se no)

 *Madre- cell......................................................... e-mail ............................................................................................*

*Padre-- cell........................................................ e-mail ............................................................................................*

*Studente/studentessa - cell......................................................e-mail …....................................................................*

Chiede

L’iscrizione alla **classe 4^** sez indirizzo

sede per l'Anno Scolastico **2024/2025**

## .***Allega alla presente:***

1. *Ricevuta di € 21,17 (15,13+6,04) con il sistema Pago in rete del Ministero dell’Istruzione e del Merito Tasse Scolastiche – Sicilia - Causale: iscrizione e frequenza (a nome dello studente)*

**ESONERABILE O PER MOTIVI DI REDDITO O DI MERITO *O CATEGORIE SPECIALI.***

1. *Ricevuta del bollettino di €. 30,00 pagata tramite il sistema pago in rete del Ministero dell’istruzione e del merito Causale contributo scolastico giusta delibera n. 116 del 17/10/2017 del Consiglio di Istituto (a nome dello studente)* ***NON ESONERABILE PER MOTIVI DI REDDITO O MERITO.***

 **Lercara Friddi ........................................... Firma dello/a** studente/studentessa………………………………………

 ***Firma di un genitore ………………………………………***

 **Modello di iscrizione per gli studenti e le studentesse** **delle attuali classi terze PER LE ISCRIZIONE ALLE CLASSI QUARTE**

# A.S. 2024/2025

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA ALUNNI DELL’ISTITUTO NEI GIORNI DI RICEVIMENTO LUNEDI’ E GIOVEDI DALLE ORE 9,00 ALLE ORE 13,00 TEL 0918213969

# Pag. 1

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’I.I.S.S. DI LERCARA FRIDDI**

## Il/La sottoscritto/a

 Genitore dello/a studente/studentessa ……………………………………………………………… della classe \_

*chiede l’ESONERO delle Tasse Scolastiche per l’anno scolastico* ***2024/2025*** *per i seguenti motivi: (Barrare il motivo che interessa)*

* **Merito:** *con media scrutinio finale superiore o pari a* ***8/10 riferito all’a.s 2022/2023*** *. Nella media dei voti si computa il voto di condotta che non deve essere inferiore a 8/10 (Ai sensi art. 200 del T.U. n.297/94)*
* **Reddito**: (con nota Decreto Ministeriale n. 390 del 19 aprile 2019)

Per motivi economici, con il decreto ministeriale n. 390 del 19 aprile 2019 è stabilito l'esonero totale dal pagamento delle tasse scolastiche per gli studenti, appartenenti a nuclei familiari il cui valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (lSEE) è pari o inferiore a € 20.000,00. **E’ possibile fruire dell’esonero solo se l’alunno non è ripetente.**

N.B. : Allegare copia ISEE in corso di validità

|  |
| --- |
| * **altri motivi: (N.B. il voto di condotta non deve essere inferiore a 8/10 ed è necessario allegare il certificato rilasciato dall’Organo competente):**

Orfano di guerra, di caduto per la lotta di liberazione o di civile caduto per fatti di guerra, caduto per cause di servizio o di lavoro.* Figlio o esso stesso mutilato o invalido di guerra, o per la lotta di liberazione; militari dichiarati dispersi, di mutilati o invalidi civili per fatti di guerra; mutilati o invalidi per cause di servizio o di lavoro.
* Cieco civile.
* Alunni con disabilità certificata.
 |
| **Categoria:** | **Requisito necessario** | **Documentazione richiesta** |
| Figlio di invalido di guerra | Padre invalido di guerra con pensione | Cert. Ass.ne di categoria o cert. |
|  | di guerra o assegno una tantum | Ministero del Tesoro |
| Figlio di invalido civile | Padre con invalidità al 100% | Cert. Ministero Interni o Cert. Prefettura |
| Alunno invalido | Alunno con 2/3 di invalidità | Cert. Prefettura o cert. Visita collegiale |
|  |  | che ne attesti il grado di invalidità. |

## Luogo e data ,

IL DICHIARANTE: Firma

# Pag. 2