DOMANDA ESAMI DI STATO

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I.I.S.S. “C. A. Dalla Chiesa”

Via Aldo Moro, 1 - 01027 Montefiascone (VT)

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………nato/a ……………………………… a ……………………………………………… il ……………………………………. e residente a …………………………………. in via ………………………………………….. n° …………..

Frequentante la classe ……………. sez. ……. Indirizzo ………………………………………

**CHIEDE**

Di essere ammesso all’esame di stato conclusivo del corso di studi nella sessione unica dell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

* **ATTESTAZIONE DEL VERSAMENTO DELLA TASSA D’ESAME**

|  |  |
| --- | --- |
| C/C postale nr.: | 1016 |
| Importo:  | € 12,09 |
| Intestato a: | AGENZIE DELLE ENTRATE- Centro operativo di Pescara-Tasse scolastiche  |
|  Causale: | TASSA ESAME a.s. 20\_\_\_/\_\_\_\_ |

**N.B. IL DIPLOMA DI LICENZA MEDIA VERRA’ CONSEGNATO IN SEGRETERIA CONTESTULMENTE ALLA DOMANDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data |  | Firma |
|  |  |  |

Dichiara inoltre di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati personali raccolti al solo scopo di gestire il servizio in oggetto e comunque esclusivamente nell’ambito e per fini istituzionali propri della pubblica amministrazione ai sensi dell’art. 13 del D.L gs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). In relazione ai predetti dati personali dichiara altresì di essere a conoscenza dei propri diritti, di cui all’art. 7 del D.L.gs n. 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento, ecc.) autorizzandone il trattamento secondo le modalità di legge.

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

**Chiede inoltre, per facilitare l’inserimento nel mondo del lavoro, che i miei dati siano inseriti in banche dati finalizzate e comunicati ad Enti pubblici o privati che offrono lavoro.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data |  | Firma |
|  |  |  |