Allegato A 1.2

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER SEMICONVITTORI AL CONVITTO NAZIONALE "G. LEOPARDI"

AL RETTORE/DIRIGENTE SCOLASTICO

__l___ sottoscritto/a _____padre/madre/esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a_____

CHIEDE

l'iscrizione dello stesso al **SEMICONVITTO**

per la classe_____ della scuola **primaria annessa**

per la classe_____ della scuola **secondaria I grado annessa**

A tal fine dichiara:

- ✓ di conoscere e di aver accettato tutte le condizioni e le norme che regolano la vita semiconvittuale;
- ✓ di essere consapevole che l'impegno alla frequenza si intende sottoscritto fino a conclusione del ciclo di studi in corso, fatto salvo le ragioni di forza maggiore e le eccezioni riconosciute valide dal Consiglio di Amministrazione del Convitto;
- ✓ di essere a conoscenza della richiesta del contributo di **iscrizione annuale** pari ad **euro 28.00** (comprensivo della quota assicurativa) – in **caso di ritiro non è rimborsabile**.

Di impegnarsi al pagamento della **retta annuale** pari a:

- **SCUOLA PRIMARIA:**
  - **Frequenza 5 giorni** **€ 450.00 (retta annuale)**
  - **Frequenza 3 giorni** **€ 270.00 (retta annuale)**
  - **Frequenza 1 giorno** **€ 105.00 (retta annuale)**

- **SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO:**
  - **Frequenza 5 giorni** **€ 990.00 (retta annuale)**
  - **Frequenza 3 giorni** **€ 594.00 (retta annuale)**
  - **Frequenza 1 giorno** **€ 225.00 (retta annuale)**

La retta andrà corrisposta con cadenza trimestrale (trimestre anticipato a partire dal 15 settembre); il pagamento potrà essere effettuato tramite la piattaforma **PagoPa** https://www.istruzione.it/pagoinrete/ e non potranno essere accettate forme diverse di pagamento (arriverà una e-mail dal sistema PagoPa).

Il pagamento potrà essere effettuato oltre che con la modalità on-line anche direttamente presso i **P**restatori di **S**ervizi di **P**agamento (PSP) abilitati (per esempio: ricevitorie, tabaccai, lottomatica…) scaricando il documento predisposto dal sistema contenente la codifica in formato QR Code e Barcode ed esibendolo al PSP prescelto.

La famiglia, per ogni pagamento effettuato, riceverà dalla piattaforma PagoPa un'e-mail di conferma ed avrà sempre a disposizione una ***ricevuta telematica da utilizzare ai fini delle detrazioni fiscali.***

Il sottoscritto è consapevole a prendere atto che il Rettore/Dirigente scolastico, ai sensi degli art. 118 e 124 del Regolamento dei Convitti Nazionali, approvato con R. D. 01/09/1925, n. 2009, ha facoltà di allontanare dall'Istituzione Educativa l'alunno/a la cui famiglia risulti essere morosa.

- Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la retta corrisposta al Convitto costituisce contributo complessivo delle spese generali e del vitto sostenute dalla stessa istituzione, dunque, non ne può essere richiesta totale o parziale restituzione nel momento in cui il semiconvittore non potesse o volesse fruire completamente delle prestazioni o dei servizi offerte.
- Si impegna ad osservare tutte le disposizioni che regolano il semiconvitto e le scuole annesse, nonché eventuali modifiche o integrazioni che il Rettore e/o il Consiglio di Amministrazione ritenessero necessario in corso d'anno per il buon funzionamento dell'istituzione.
- Dichiara, inoltre di obbligarsi al pagamento della retta e delle quote scolastiche, anche in caso di cessazione anticipata della frequenza per motivi di qualsiasi natura o specie, fatte salve le ragioni di forza maggiore o le eccezioni riconosciute valide dal Consiglio di Amministrazione del Convitto.
- Accetta la competenza del foro di Macerata per ogni eventuale contestazione giudiziaria.
- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto copia della presente domanda di iscrizione e ammissione al Convitto e Copia del regolamento del Convitto.

DA ALLEGARE

PER I SEMICONVITTORI: Nel caso di **allergie** alimentari attestarle per mezzo di **certificato medico** e compilare **allegato G**. Menù differenziato per **esigenze religiose** compilare **allegato G**.

Data_____ Firma del genitore

_____

Allegato G – menù personalizzato (da compilare solo per allergici/intolleranti e/o musulmani)

Il sottoscritto_____

Genitore e/o responsabile dell'obbligo scolastico di:_____
cognome e nome dell'alunno

classe_____ sezione_____ (tel._____/cell. _____)

□ scuola **PRIMARIA**

□ scuola **SECONDARIA** I grado

□ **CONVITTORI/CONVITTRICE**

Richiede la seguente dieta:

□ **Regime alimentare**:
_____
*(**allegare certificato medico** del medico curante e/o del medico specialista, valido per il corrente anno scolastico)*

□ **Patologia di tipo cronico, allergie e/o intolleranze alimentari** _____
_____
_____
*(**Allegare certificato medico** del medico curante e/o del medico specialista attestante il tipo di patologia ed indicante gli alimenti da escludere dalla dieta, valido per il corrente anno scolastico)*

□ **Esigenze religiose**

- con **esclusione** dei seguenti alimenti:
_____
_____
_____

L'alunno usufruisce della mensa scolastica:

- ☐ 5 giorni alla settimana (lun, mar, mer, gio, ven)
- ☐ Solo alcuni giorni (indicare quali):
  _____

Dichiara di assumersi la responsabilità sulla scelta effettuata e sulle possibili carenze nutrizionali che si dovessero manifestare nel minore.

Macerata, _____

IL RICHIEDENTE

_____