

<b>CPC LUGANO</b>	<b>Formulario d'iscrizione SMC</b> (da inviare unicamente a Sme conclusa)
-------------------	--

**DATI PERSONALI**

Cognome			
Nome			
Data di nascita		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Indirizzo			
NAP e località			
Domicilio (se diverso dall'indirizzo)			
Telefono privato (casa)		Cellulare allieva/o	
E-mail allieva/o			
Nazionalità		Lingua madre	
Attinenza: (solo se svizzeri)			
ev. Permesso di soggiorno	Tipo	Scadenza	

**DATI ANAGRAFICI DEL PADRE**

Cognome		Nome	
Indirizzo		NAP/Località	
Telefono privato (casa)		Cellulare padre	
E-mail padre			

**DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE**

Cognome		Nome	
Indirizzo		NAP/Località	
Telefono privato (casa)		Cellulare madre	
E-mail madre			

**DATI ANAGRAFICI DELL'EVENTUALE TUTORE LEGALE DESIGNATO**  
(Allegare la decisione)

Cognome		Nome	
Indirizzo		NAP/Località	
Telefono		Cellulare tutore	
E-mail tutore			

Indicare il rappresentante legale al quale va inviata la corrispondenza:  Padre  Madre  Tutore  
(Una sola scelta)  Allieva/o maggiorenne

**Firma autentica del rappresentante legale che giustificherà le assenze e firmerà i documenti ufficiali:**

Padre	Madre	Tutore	Allieva/o maggiorenne

**DATI SCOLASTICI**

Indicare quali altre formazioni sono state frequentate dopo la Scuola media  
 (allegare i risultati scolastici, giudizi e pagelle anche di anni scolastici non portati a termine)


**SCUOLA MEDIA DI COMMERCIO (a tempo pieno) - ISCRIZIONE A:**

AFC	MATURITÀ PROFESSIONALE (MP)
<input type="checkbox"/> <b>1° ANNO AFC</b>  <b>Materia opzionale, valida per l'intera formazione:</b> <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Tecnica e Ambiente	<input type="checkbox"/> <b>1° ANNO MP</b>  <b>Materia opzionale, valida per l'intera formazione:</b> <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Scienze naturali (Biologia/Chimica/Fisica) <input type="checkbox"/> Scienze sociali (Etica/Sociologia/Psicologia)
<b>Richiesta di riduzione della durata della formazione, con inizio dal:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>2° ANNO AFC</b>  <b>Materia opzionale, valida per l'intera formazione:</b> <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Tecnica e Ambiente  <b>Ambito a scelta:</b> <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Lavoro di progetto individuale	<input type="checkbox"/> <b>3° ANNO MP (solo per allievi SCC)</b>  <b>Materia opzionale, valida per l'intera formazione:</b> <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Scienze naturali (Biologia/Chimica/Fisica) <input type="checkbox"/> Scienze sociali (Etica/Sociologia/Psicologia)
Corso <b>facoltativo</b> di religione (valido per l'iscrizione al 1°/2°/3°anno): (le lezioni di norma si svolgono a fine giornata scolastica). <b>La scelta è definitiva</b> e vale per l'intero anno scolastico: <input type="checkbox"/> Nessun corso di Religione <input type="checkbox"/> Religione Cattolica	

Luogo/Data: \_\_\_\_\_ Firma: - Apprendista (allieva/o): \_\_\_\_\_

Eventuali osservazioni:

---



---



---

Qualsiasi **modifica dei dati personali** (indirizzo, numero di telefono, nazionalità, permesso di soggiorno rinnovato...) dovrà essere **comunicata tempestivamente alla segreteria** della scuola. Il cambio di nazionalità o il rinnovo del permesso di soggiorno dovranno essere accompagnati da un documento ufficiale.

**Allegare le FOTOCOPIE (obbligatorie):**

- documento di identità valido
- ev. "Permesso di soggiorno" valido (2 copie)
- attestato di fine anno scolastico (IV Sme)
- risultati ottenuti svolgendo altre formazioni, anche parziali

**SEGNALAZIONE CASI DSA-ADHD E ALTRE PATOLOGIE - SMC***(da ritornare entro il 30 giugno p.v.)*

Cognome, nome .....

Percorso (AFC o MP) .....

**La persona in formazione presenta una forma di:****DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento)**

- Dislessia
- Disortografia
- Discalculia
- Disgrafia

**ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività)**

- Iperattività
- Disturbo da deficit dell'attenzione

**Altre patologie**

- Disturbo dello spettro autistico .....
- Deficit sensoriale (specificare il tipo) .....
- Deficit motorio (specificare il tipo) .....
- Altro .....

**Provvedimento AI (Assicurazione Invalidità)**

- NO
- SI Se sì, nominativo consulente ..... tel. consulente .....

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE** (se disponibile e in relazione ai disturbi dichiarati)

- Copia ultima **decisione di differenziazione pedagogica** della Sezione della Pedagogia Speciale (SPS) comprensiva del **PEP** (Progetto Educativo Personalizzato)
- La **valutazione cognitiva** (eseguita da uno/a **psicologo/a**) in caso di disturbo specifico dell'apprendimento
- La **valutazione logopedica** (eseguita da un/a **logopedista**) in caso di dislessia e/o disortografia
- La **valutazione tramite batteria per la discalculia** (eseguita da uno/a **psicologo** o **logopedista**) in caso di discalculia
- I **rapporti relativi** alla disgrafia (certificati medici, ergoterapici)
- I **rapporti relativi** all'ADHD (certificati medici, altro)
- La **documentazione relativa** ad altre patologie (certificati medici, rapporti AI, altro)