

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

DATI PERSONALI

Cognome			
Nome			
Data di nascita		Sesso ☐ M ☐ 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 **giustificerà 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)
☐ 1° ANNO AFC Materia opzionale, valida per l'intera formazione: ☐ Francese ☐ Tecnica e Ambiente	☐ 1° ANNO MP Materia opzionale, valida per l'intera formazione: ☐ Francese ☐ Scienze naturali (Biologia/Chimica/Fisica) ☐ Scienze sociali (Etica/Sociologia/Psicologia)
Richiesta di riduzione della durata della formazione, con inizio dal:	
☐ 2° ANNO AFC Materia opzionale, valida per l'intera formazione: ☐ Francese ☐ Tecnica e Ambiente Ambito a scelta: ☐ Inglese ☐ Lavoro di progetto individuale	☐ 2° ANNO MP Materia opzionale, valida per l'intera formazione: ☐ Francese ☐ Scienze naturali (Biologia/Chimica/Fisica) ☐ Scienze sociali (Etica/Sociologia/Psicologia)
Corso facoltativo di religione (valido per l'iscrizione al 1°/2°/3° anno): (le lezioni di norma si svolgono a fine giornata scolastica). La scelta è definitiva e vale per l'intero anno scolastico: ☐ Nessun corso di Religione ☐ 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)