



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.P.S.E.O.A.S.C
"G. DE CAROLIS" SPOLETO - (PG)

OGGETTO:

<input type="checkbox"/> Ammissione Convitto	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Lungo
<input type="checkbox"/> Riconferma Convitto	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Lungo
<input type="checkbox"/> Semiconvitto		

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ iscritto/a alla classe _____,
nato/a a _____ il ____ / ____ / _____, residente in _____,
Via _____, luogo distante della residenza da Spoleto _____ chilometri,
telefono _____ -C.F. _____.

CHIEDONO

- che il/la figlio/a venga ammesso/a in Convitto per l'anno scolastico 20_____/20_____

DICHIARANO

- di essere:
 - Lavoratore autonomo – Dipendente privato**
 - Dipendente Pubblico**

Si fa presente che l'indicazione lavorativa è importante ai fini della graduatoria per il convitto: prima fascia dipendente privato, seconda fascia dipendente pubblico.
- di versare la retta entro la data che sarà indicata nella lettera di ammissione o riconferma che la scuola invierà alla S.V. per l'anno scolastico _____ e di presentare il certificato di sana e robusta costituzione fisica, rilasciato dal medico di famiglia, dal quale risulti che il/la ragazzo/a è esente da malattie contagiose, tali da impedire la vita in comunità, e l'idoneità psico-fisica alla vita convittuale.
- di accettare incondizionatamente le regole previste dal regolamento del convitto e del patto di corresponsabilità pubblicati sul sito ufficiale <https://www.alberghierospoleto.edu.it>
- di essere consapevoli:
 - in caso di danni arrecati alla struttura dal proprio/a figlio/a, lo stesso è tenuto al risarcimento del danno.
 - qualora l'alunno usufruisca del servizio lavanderia interno al Convitto, la scuola non è tenuta al risarcimento di eventuali danni agli indumenti.
- di voler usufruire del Convitto (spuntare la voce scelta):
 - dal lunedì al venerdì (convitto corto) euro **2.000,00 ***
 - tutta la settimana (convitto lungo) euro **2.300,00 ***
 - semiconvitto (dal lunedì al venerdì dall'uscita diurna da scuola fino alle 17:30) euro **600,00 ***

** la quota viene maggiorata di 100,00 euro per i celiaci.*
- Autocertificano che il proprio/a figlio/a è allergico ai seguenti alimenti _____
- Autocertificano che il proprio/a figlio/a è allergico ai seguenti farmaci _____

Il presente modulo compilato e firmato va inviato all'indirizzo mail pgrh01000r@istruzione.it, unitamente alla ricevuta PagoPa. Si ricorda che il mancato versamento della quota di cui sopra, comporta la non ammissione al Convitto.

Spoleto, ____/____/____

Firma dei Genitori

Firma dell'alunno/a
