



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"James Clerk MAXWELL"

via Don G. Calabria, 2 - 20132 Milano tel. 02282.5958/6328 Fax 022841996 - www.maxwell.edu.it

SEZIONE ASSOCIATA I. P. S. I. A. "Luigi SETTEMBRINI"
via Narni, 18 - 20132 Milano tel. 022614.3954/5080 Fax 022871730



C. F. 80124170152

DOMANDA DI PASSAGGIO leFP-IP PER A.S. 2024 - 2025

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE "J.C. MAXWELL" - MILANO

SEZIONE ASSOCIATA I.P.S.I.A. "L. SETTEMBRINI"

__ L __ SOTTOSCRITT__ _____ padre / madre / tutore
cognome nome

DELL'ALUNN__ _____
cognome nome

CHIEDE

IL PASSAGGIO DELL'ALUNNO ALLA CLASSE

(indicare il numero della classe e la scelta dell'opzione con una X)

	▶ MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA Opzioni:	
Classe _____	<input type="checkbox"/>	- Apparati, Imp. e Servizi Tecn. Industr. e Civili (API)
	<input type="checkbox"/>	- Manutenzione dei Mezzi di Trasporto (MMT)

In base alle normative vigenti in materia di passaggi tra i percorsi leFP e percorsi di IP si precisa quanto segue:

Le iscrizioni alle classi dell'IPSIA Settembrini degli studenti oggi frequentanti i corsi leFP risultano possibili solo dopo il conseguimento del relativo titolo leFP, ossia non prima della fine di giugno 2024, ed il riconoscimento dei crediti acquisiti nel sistema di leFP.

La Commissione istituita a tal proposito, procederà al riconoscimento del credito e alla decisione circa la classe in cui inserire il richiedente.

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che l'alunno:

- è nato a _____ prov. o Stato Estero _____ il _____
- il suo codice fiscale è: _____
- è cittadino italiano oppure altro (specificare) _____
- è residente a _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
in Via/P.zza _____ n° _____/ _____
- proviene dall'Istituto: _____ di _____ (Prov. _____)
- è in possesso del Diploma di Tecnico (4° anno) di _____ (Votazione _____/ 100)
- è in possesso di Qualifica (3° anno) di _____ (Votazione _____/ 100)
- specificare se in possesso di certificazione di DSA/disabilità relativa alla legge 104/92 _____

Recapiti telefonici:

Studente _____ Padre _____ Madre _____

e-mail di contatto _____@_____

Data _____ Firma di autocertificazione _____

(leggi 15/98, 127/97, 191/98)

Allegare:

- copia del documento di riconoscimento dello studente e di un genitore (in caso di studente minorenni)
- copia dell'attestato con voto dei titoli leFP posseduti