LE@RDI

DOMANDA DI ISCRIZIONE

_ l _ sottoscritto _____, genitore

Cognome e nome

dell'alunn__ _____

Cognome e nome

CHIEDE

l'iscrizione alla classe____ del corso _____ per l'anno scolastico _____

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_ _____

Cognome e nome Codice fiscale

è nat_ a _____ il _____

è cittadino ___ italiano ___ altro (indicare quale) _____

è residente a _____ (Prov._____) in Via _____

telefono _____

proviene dalla scuola _____ ove ha frequentato la

classe _____/o ha conseguito il diploma _____

giudizio di _____ lingua straniera studiata _____

che la propria famiglia convivente è composta da:

Cognome e nome	luogo e data di nascita	parentela

È stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ___ si ___ no

Data _____ _____

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L.vo N. 196 del 30/6/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Data _____ Firma _____

ISTITUTO SUPERIORE STATALE "LEARDI" - VIA LEARDI, 1 - 15033 CASALE MONF. (AL)
TEL. 0142452031 - FAX 014276136 C. F. 91021500060 E-mail:istitutoleardi@istitutoleardi.it