

SCUOLA MEDIA STATALE "Rosa Bianca" SALUZZO

SEDE CENTRALE E CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE

Via C. Segre 14 - 12037 SALUZZO - ☎0175.42829-42960 (C.T.P.) /fax 0175.43617

SEZIONE STACCATA MANTA - Via Garibaldi n. 61 - ☎e Fax 0175/86258

www.scuolamediasaluzzo.it

e-mail: mediasaluzzo@libero.it

MODULO ISCRIZIONE

SCUOLA MEDIA

Al Dirigente Scolastico del Centro Territoriale Permanente di Saluzzo

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Sesso ____ Luogo di nascita _____ Nazione _____

Data di nascita _____ Residenza _____ Indirizzo _____

_____ Domicilio se diverso dalla residenza _____

Tel./Cellulare _____

(Se minorenni: cellulare di un genitore o facente vece _____)

cod.fiscale _____

Titolo di studio/ultima classe frequenza _____ Lingue straniere conosciute _____

CONDIZIONE LAVORATIVA :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione | <input type="checkbox"/> casalinga |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato | <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo |
| <input type="checkbox"/> Occupato | |

CHIEDE

l'iscrizione ai Corsi finalizzati al conseguimento della LICENZA MEDIA per adulti organizzati dal Centro Territoriale Permanente di Saluzzo per l'anno scolastico *2009/2010*

Preferenza sede _____

Orario di frequenza: (barrare la casella) mattino pomeriggio sera

Dichiara

1. di aver preso visione dell'estratto del regolamento, retro riportato, approvato dal C.I. nella seduta del 07.05.03- Del. 8/VI
2. di versare la quota stabilita per l'assicurazione contro gli infortuni

DATA _____

FIRMA _____

a. corsi di scuola media per adulti

1. Tali corsi sono organizzati, previa presentazione di apposita domanda.
2. La sede dei corsi è individuata presso scuole dei Distretti Scolastici di Saluzzo, Savigliano e Fossano e in caso di richiesta presso gli Istituti Penitenziari di Saluzzo e Fossano.
3. La data d'inizio dei corsi e il termine è stabilita dal calendario scolastico fissato dal MIUR.
4. E' obbligatorio versare al momento dell'iscrizione una quota per l'assicurazione contro gli infortuni (ad esclusione dei detenuti).

SOLO PER CITTADINI STRANIERI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la frequenza dei corsi è consentita solo agli stranieri forniti di regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

A tal fine allega alla presente il permesso/richiesta alla Questura rilasciata il _____
(fotocopia)

Data _____

Firma _____

PER TUTTI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31/12/1996 n. 675 "Tutela della privacy" art. 27 - D.Lgv 30/06/2003 n. 196)

Data _____

Firma _____

LA RINUNCIA VA ESPRESSA COMPILANDO APPOSITO MODULO PRESENTE IN SEGRETERIA.