

SCUOLA MEDIA STATALE DI 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

c.f. 94023850046

sito: www.mediasaluzzoibero.it

e-mail: mediasaluzzo@libero.it

DOMANDA D' ISCRIZIONE – CLASSE POLIS – _____ Segmento 200 ____ / 20 ____

C.T.P. Centro Territoriale permanente per l'educazione degli adulti.
Scuola Media Unificata – Saluzzo.

CNOS – FAP // Fossano

Istituto Istruzione Superiore “Vallauri” - Fossano

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (prov. di _____) il ____ / ____ / _____

Codice fiscale _____

residente a _____ (CAP _____)

via, corso, frazione _____ n. _____ prefisso e num. tel. _____ / _____

- chiede di essere iscritto al _____ Segmento Progetto POLIS (_____).

Titoli o qualifiche già possedute al fine della certificazione dei crediti:

Data _____

FIRMA

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 (Legge 31.12.96 n. 675 “Tutela della privacy” – art. 27).

Data

Firma