

# 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](http://www.mediasaluzzoibero.it)

e-mail: [mediasaluzzo@libero.it](mailto: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.

Azienda Formazione Professionale Scarl – Centro di Verzuolo

Istituto Istruzione Superiore “Denina” - Saluzzo

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* \_\_\_\_\_