



ISTITUTO PROFESSIONALE -SERVIZI SOCIO SANITARI

Prot.....

Acerra li.....

Il/la Sottoscritt__

Madre/Padre/Tutore dell'alunno/a.....

Nato/a a.....il.....,

cittadino italiano/altro.....residente/domiciliato.....

in Via.....n°.....

tel.casa...../cell.....

Codice fiscale Alunno.....e.mail.....

Titolo di Accesso:.....A.S.....

Conseguito presso.....

CHIEDE

Per l'anno Scolastico 201____ /201____ l'Iscrizione alla Classe.....

Presso il Suddetto Istituto.

Lingue Straniere Scelte : SPAGNOLO FRANCESE

Il sottoscritto si impegna a perfezionare la domanda di Iscrizione allegando i seguenti documenti:

- Licenza Media in Originale
- Estratto di Nascita
- Foto tessere
- Titolo di studio

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente domanda esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (legge 21-12-1996 n. 675 " Tutela della privacy" – art. 27)

In Fede

Firma del Genitore.....

Firma dell'alunno.....

ISTITUTO PARITARIO T@LETE

Società : ISTITUTO TALETE II SRL

P. iva 07939141219

Via Spiniello -Palazzo Orione 80011 Acerra (NA) tel. 0818850641 fax 0818859539

www.istitutotalete.it – e.mail: istitutotalete@live.it pec: istitutotaleteiisrl@arubapec.it