



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE LS PICCOLO CAPO D'ORLANDO**  
LICEO SCIENTIFICO - CLASSICO – LINGUISTICO – SPORTIVO – SCIENZE APPLICATE  
SEZIONI ASSOCIATE: LICEO ARTISTICO - IPAA - ODONTOTECNICO

Anno Scolastico 2016/2017

Classe: \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Corso: \_\_\_\_\_

Sede: ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE LS "PICCOLO"

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

alla classe 2° sez. \_\_\_\_\_ corso \_\_\_\_\_

**A.S. 2017/2018**

Alunn\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Scuola di provenienza: QUESTO ISTITUTO

Scelta di avvalersi della Religione Cattolica

Scelta di non avvalersi della Religione Cattolica

Padre: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Figlio: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Figlio: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Figlio: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- Tassa per assicurazione **€ 4,90 (Obbligatoria)** sul c/c postale n. **1015211970** intestato a Istituto Istruzione Superiore LS "Piccolo" Capo d'Orlando

**Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola potrà utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305)**

Il sottoscritto firmatario conferma i dati sopra riportati e chiede l'iscrizione alla Classe sopra indicata

Capo d'orlando lì \_\_\_\_\_

Firma dello Studente \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**N.B.: LA PRESENTE DOMANDA, CORREDATA DELLA RICEVUTA DI VERSAMENTO, DEVE ESSERE PRODOTTA PRESSO L'UFFICIO DI SEGRETERIA DELL'ISTITUTO.**