



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"



Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE 5^a

IL SOTTOSCRITTO _____ PADRE MADRE TUTORE

DELL'ALUNNO/A _____

CHIEDE

l'iscrizione dello stesso/a per l'anno scolastico **202_/202_** nell'Istituto

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento delle attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace non corrispondente al vero, che:

L'alunno/acodice fiscale.....

Cognome e Nome

- è nato/a a (prov.....) il
- è cittadino italiano SI NO (indicare la nazionalità)
- è residente a (prov.....) in Via/Piazza
- cellulare padre cellulare madre
- e-mail alunno e-mail padre
- e-mail madre

Padrenato ila

Cognome e Nome

Madrenata ila

Indirizzo di posta elettronica. Si richiede l'autorizzazione a comunicare l'indirizzo di posta elettronica ai rappresentanti dei genitori nel Consiglio di classe e nel Consiglio di Istituto

- Si autorizza
 Non si autorizza

Contributo per l'iscrizione (C.S. Art. 7 D.I. 129/2017):

Dichiara di aver effettuato il pagamento del contributo di:

- €. 50,00 Contributo volontario (comprensivo della quota obbligatoria)
oppure
 €. 15,00 Quota obbligatoria (Assicurazione-spese varie)

Ricevuta del versamento di € 15,13 effettuato con F24 (Cod. Tributo: TSC2)

Data

Firma studente

Firma del genitore