

"E.R.S.A.S."

ENTE REGIONALE PER LO SVILUPPO E L'APPRENDIMENTO SCOLASTICO
PARITARIO NO PROFIT

33100 UDINE - Sede legale: Viale Ungheria, 22 - Tel. 0432/505268 - Fax 0432/507135
c.f. p.i. 02577480300 -Web: www.centrostudivolta.it - e.mail: info@centrostudivolta.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE Al Dirigente Scolastico

__l__ sottoscritt__ _____ padre__ madre__ tutore__

chiede

l' iscrizione dell' alunno _____
alla **Classe prima** _____, per l' anno scolastico **20.../20...**
A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell' attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non veritiere, che
l' alunno _____
codice fiscale: _____
- è nat__ a _____ (____) il _____
- è cittadino italiano _____ altro (indicare nazionalità) _____
- è residente a _____ (____)
in Via/Piazza _____ n° _____
telefono _____ mail _____
telefono genitore _____ cell. _____ mail _____
proviene dalla scuola _____ ove ha frequentato la classe _____
ha studiato le seguenti lingue straniere presso la scuola _____
la propria famiglia convivente è composta, oltre all' alunno, da:

| Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Grado di parentela |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie si__ no__

Luogo e data

Firma

N.B. Si chiede cortesemente di contattare la segreteria del ns. istituto - dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14 alle ore 19,00 e il sabato dalle ore 8,00 alle ore 13,00 – per formalizzare l'iscrizione – tel. 0432 505985 / 505268.