



DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI PER ADULTI 06/07

Prot. _____ /C7a
del _____

Al Direttore del Centro Territoriale Permanente
Per l'Istruzione e la Formazione in Età Adulta
del Distretto Scolastico n. 17
c/o Direzione Didattica Statale di Lastra a Signa
Via A. Gramsci, 139 - 50055 Lastra a Signa
Tel/Fax 055/8744068

1) **Cognome:** _____

2) **Nome:** _____

3) **Codice Fiscale n.** | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

4) **Luogo di nascita:** _____ 5) **Provincia** (_____)

6) **Sesso** | _ | 7) **Data di nascita** | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

8) **Paese d'origine:** _____

9) **Via** _____ **N:** _____ **Tel.** _____

e-mail _____ **Cell** _____

10) **Comune:** _____ (**Provincia** _____) 11) **C.a.p.** | _ | _ | _ | _ | _ |

12) Titoli di studio:

Nessun titolo ... [] Licenza elementare ... [] Licenza media ... []

Diploma di qualifica... [] Diploma di scuola superiore ... [] Laurea ... []

13) Condizione lavorativa:

Occupato []

Non occupato []

Pensionato []

14) Corsi richiesti:

Lingua Italiana (L2)... []

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 ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Data

Firma