



# 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 1<sup>a</sup> (in caso di passaggio da altro istituto)

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ PADRE MADRE TUTORE

DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'iscrizione dello stesso/a per l'anno scolastico **2021/2022** 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/a ..... codice 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 .....

Padre ..... nato il ..... a .....

*(Cognome e Nome)*

Madre ..... nata il ..... a .....

**Indirizzo di posta elettronica - 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 VOLONTARIO PER L' ISCRIZIONE (detraibile ai sensi dell'art. 13 della legge 40/2007):**

**Il pagamento del contributo volontario di € 30,00 dovrà essere effettuato tramite il Registro Elettronico.**

- Nel contributo è compresa la somma di €. 15,00 quale quota obbligatoria per diario + assicurazione dell'alunno/a.

Data .....

Firma dello studente .....

Firma del genitore .....