



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^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/a (Cognome e Nome).....Codice Fiscale.....

■ 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

Madrenata il.....a

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

Scelta Insegnamento Religione cattolica

- Si conferma la scelta dell' anno precedente
 Non si conferma la scelta dell' anno precedente (obbligatorio allegare modulo)
 Scelta materia alternativa (obbligatorio allegare modulo)

CONTRIBUTO PER L' ISCRIZIONE (C.S. Art. 7 D.I. 129/2017) :

Dichiara di aver effettuato il pagamento del contributo di:

€. 30,00 Contributo volontario (comprensivo della quota obbligatoria)
oppure

€. 15,00 Quota obbligatoria (Assicurazione- spese varie)

Il pagamento del contributo o della quota obbligatoria dovrà essere effettuato solo tramite PagOnline.

Data _____ Firma dello studente _____ Firma del genitore _____