



C.T.P.

CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE  
PER L'ISTRUZIONE DEGLI ADULTI



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Assessorato alla Pubblica Istruzione

## DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO DI ALFABETIZZAZIONE DELLA LINGUA ITALIANA A.S. 2013/2014

AL Coordinatore  
del CTP - ORISTANO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CITTÀ DI NASCITA \_\_\_\_\_ NAZIONE \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  M  F

INDIRIZZO IN ITALIA: \_\_\_\_\_ CITTÀ: \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO:  LIC. ELEMENTARE  LICENZA MEDIA  DIPLOMA  
 LAUREA  ALTRO \_\_\_\_\_

LINGUA MADRE \_\_\_\_\_

ALTRÉ LINGUE PARLATE \_\_\_\_\_

CONDIZIONE LAVORATIVA:

OCCUPATO  IN CERCA DI OCCUPAZIONE  
 CASALINGA  STUDENTE

**E' obbligatorio allegare fotocopia del permesso di soggiorno o la fotocopia del passaporto o la fotocopia della carta d'identità**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (Se minorenne, firma del genitore)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nel presente modulo esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31.12.1996, n. 675 "Tutela della privacy" - art. 27).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Se minorenne, firma del genitore)