



C.T.P.

CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE  
PER L'ISTRUZIONE DEGLI ADULTI



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Assessorato alla Pubblica Istruzione

Al Dirigente Scolastico  
del CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE  
per l'istruzione e la formazione in età adulta

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome e nome

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL C.T.P. PER L'A.S. 2013/2014

**Per conseguire la Licenza Media**

A tal fine, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondente al vero, **dichiara che:**

è nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ è cittadino/a  italiano  altro (*indicare nazionalità*) \_\_\_\_\_

indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_

**telefono fisso /cellulare:** (*è indispensabile per essere contattati*) \_\_\_\_\_

dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' LAVORATIVA:**

Non occupato  Disoccupato  Lavoratore in Cassa Integrazione/Mobilità  Casalinga

Occupato (specificare:  Lavoratore Autonomo  Lavoratore Dipendente)  Pensionato/a

**n.b.: è obbligatorio allegare fotocopia della carta d'identità/patente/passaporto**

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione (Legge 15/1998, 127/1997, 131/1993)

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 (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Sede del Corso:

**Liceo Classico "S. A. De Castro"**

Piazza Aldo Moro, 2 - 09170 ORISTANO - Tel. 0783 70110 fax 0783 777235

[www.liceodecastro.it](http://www.liceodecastro.it) e.mail: [orpc01000n@istruzione.it](mailto:orpc01000n@istruzione.it) - [orpc01000n@pec.istruzione.it](mailto:orpc01000n@pec.istruzione.it)