



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)