



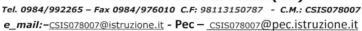
Data \_\_\_\_/20\_\_\_

## ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE

L.S. - ISA - IPSIA







Sito web: www.Liceisgf.gov.it



<ol> <li>(da presentare unitamente a:</li> <li>Codice Fiscale Alunno/a;</li> <li>Codice Fiscale entrambi Genitori;</li> <li>Indicare Scuola Media di Provenienza:</li> <li>Indicare Lingue Straniere studiate alla S</li> <li>Indicare se alunno diversamente abile</li> </ol>	zzo di studio oltre quello scelto come primo;	MA per l'A.S. 202/202;; □ NO
INDIRIZZI di STUDIO:		
Liceo Scientifico Liceo Scienze Umane		
☐ Liceo Scientifico Opzione scienze Applicate ☐ Liceo Linguistico		
Liceo classico Liceo Artistico (Istituto d'Arte)		
☐ Ipsia Indirizzo "Servizi Socio Sanitari" ☐ Ipsia Corso Serale Serv. Socio Sanitari		
Cognome e Nome dell'Alunno/a		
Nato/a a	il	Prov. /Stato
Natora a	, "	1101.75tato
Residente a	Via/Piazza n° civico	CAP
Telefono Abitazione	Cellulare Padre * (dato obbligatorio)	Cellulare Madre * (dato obbligatorio)
Indicare un'indirizzo EMAIL per le comunicazione da parte della scuola * (dato obbligatorio) - Scrivere in modo leggibile  @		
(* dato obbligatorio) – Indicare con una "X" se i Genitori sono Congiunti o separati		
GENITORI (Congiunti) PADI		ato a il
GENITORI (Separati)		
	Cognome e Nome Genitore	ata a il
Il/La sottoscritto/a Genitore, dichiara che il proprio/a figlio/a, risulta in regola con gli obblighi vaccinali di cui alla Legge n. 119 del 31/07/2017		
Data/20	Firma di un d	penitore o di chi ne fa legalmente le veci
Il Sottoscritto: Si impegna a comunicare tempestivamente eventual Si impegna a segnalare con la massima sollecitudine a Solleva l'istituto de coni responsabilità consequente ac	variazioni dell'indirizzo c/o dei recapiti telefonici; Docenti interessati gli stati di salute che sconsigliano, anche solo t	

Firma di un genitore o di chi ne fa legalmente le veci