



SEDE CENTRALE

Istituto Tecnico: Via Montessori, 4-6 - Tel. 011/ 9472734 - 011/ 9424583 - Fax 011/ 9412577
Professionale Servizi Commerciali: Via Montessori, 4-6 - Tel. 011/ 9472177 - Fax 011/ 9402051

SEDE ASSOCIATA

Professionale Agricoltura e Sviluppo rurale: Str. Pecetto 34/h - Tel. 011/ 9425783 - Fax 011/ 9402049

www.iispvittone.it

e-mail: TOIS02800B@istruzione.it

C.F. 82001690013



ANNO SCOLASTICO 2012/2013

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA CLASSE

2[^] SEZ.

CORSI DI STUDIO:

ISTITUTO PROFESSIONALE SETTORE DEI SERVIZI:
Servizi Commerciali

DATI ANAGRAFICI (alunno/a)

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

NATO/A IL _____ COMUNE _____ PROV _____

RESIDENZA: VIA _____ N _____ TEL _____

C.A.P. _____ COMUNE _____ PROV _____ DISTRETTO _____

CITTADINANZA ITALIANA oppure ALTRO _____
(indicare quale)

CLASSE FREQUENTATA NELL'ANNO SCOLASTICO 2011/2012:

CLASSE : _____ SEZIONE _____ CORSO _____

Il/La sottoscritto/a chiede l'iscrizione alla classe sopra indicata presso codesto Istituto.
Conferma le notizie sopra riportate e allega i seguenti documenti:

- Attestazione di Versamento c/c 18423103 di € 110,00 intestato a I.I.S."B.Vittone" via Montessori, 4/6 - 10023 Chieri (TO)

FIRMA GENITORE

FIRMA STUDENTE

DIDATTICA	EDIZ.	REV.
AL-04-20	01	00