

# Liceo Scientifico Statale “Antonio Vallisneri”

*Agenzia formativa Regione Toscana - cod. accreditamento LU0639*

## Domanda iscrizione corsi

Alla Dirigente Scolastica  
Liceo Scientifico “A. Vallisneri”

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_

- studente interno classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_**
- studente esterno –**  
(Eventuale scuola frequentata \_\_\_\_\_)

### *c h i e d e*

*di essere iscritto al*

- Corso di supporto in preparazione ai test di accesso ai corsi di laurea a numero chiuso nell'Area Medica/Professioni sanitarie - Costo € .180 studenti interni / € .200 Studenti esterni**

Richiede di essere contattato ai seguenti recapiti per successive comunicazioni:

*indirizzo e-mail* \_\_\_\_\_

*telefono fisso / cellulare* \_\_\_\_\_

Allega copia Documento di Identità

Lucca, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_