



F E L L I N I

ISTITUTO PER IL CINEMA E LO SPETTACOLO
SCUOLA PARITARIA

MODULO ISCRIZIONE

a.s. /

COGNOME.....NOME

Nato a (.....) il / /

Codice FiscaleResidente

a..... (.....)

Via/C.so.....Tel.....

.....
Scuola media di provenienza

.....
Istituto superiore di provenienza

Religione SI NO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)
Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni

DICHIARO

Che il/la suddetto/a figlio/a è
stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie e che i dati sopra riportati sono veritieri.

DICHIARO

inoltre, che la propria famiglia è così composta:

COGNOME E NOME LUOGO E DATA DI NASCITA RAPPORTO DI PARENTELA PROFESSIONE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Istituto per la Cinematografia, la Televisione, lo Spettacolo e la Comunicazione F. FELLINI s.r.l.
Corso Regina Margherita 304 - 10143 Torino
Partita IVA: 06726410019
Tel. e fax: +39 0114345224
E-mail: info@istitutofellini.it
istitutofellini@pec.it
www.istitutofellini.it



F E L L I N I

ISTITUTO PER IL CINEMA E LO SPETTACOLO
————— SCUOLA PARITARIA —————

Io sottoscritto/a, genitore dell'alunno/a

..... iscritto alla
classe..... a.s...../.....

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

codesto Istituto, ai sensi dell'art. 10 della Legge 31/12/1996 n° 675 "Tutela della Privacy", a divulgare a Ditte ed Enti Privati e Pubblici, i propri dati personali al fine di eventuali contatti di selezione per offerte di lavoro.

Esonera l'Amministrazione dalle responsabilità derivanti da un uso, da parte dell'Ente richiedente, diverso da quello comunicato.

Firma dell'alunno

Firma del genitore.....