**Domanda di partecipazione al corso per la preparazione ai test di ammissione**

**(area scientifica e area medico-sanitaria)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di\_\_\_\_\_)

 il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. cell. personale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante, nell’anno scolastico 2018/2019, la classe…..... sez. ……… del liceo scientifico Marconi di Foggia

CHIEDE

di partecipare al corso dal titolo “Verso l’università”, organizzato per la preparazione ai test di ammissione alle facoltà scientifiche o medico-sanitarie:

* Area medico-sanitaria (MATEMATICA, LOGICA, FISICA) **45 ore**
* Area scientifica (MATEMATICA, LOGICA, CHIMICA, FISICA) **65 ore**

DATA FIRMA STUDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si impegna al versamento della quota di iscrizione al corso pari a € 100,00, mediante versamento sul **C/C Postale: 10071710 – Codice IBAN: IT 23 K 07601 15700 000010071710,** la cui ricevuta dovrà essere consegnato presso la segreteria didattica entro e non oltre il giorno 07/12/2018, pena l’esclusione dalla partecipazione al corso.

FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_