



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"James Clerk MAXWELL"

via Don G. Calabria, 2 - 20132 Milano tel. 02282.5958/6328 Fax 022841996 - www.maxwell.mi.it

SEZIONE ASSOCIATA I. P. S. I. A. "Luigi SETTEMBRINI"
via G. Deledda, 11 - 20127 Milano tel. 022614.3954/5080 Fax 022871730 - www.settembrini.mi.it



C. F. 80124170152

Al Dirigente scolastico
I.I.S. "Maxwell"
Milano

MODULO D'ISCRIZIONE

PARTECIPAZIONE AL CORSO FINALIZZATO AL CONSEGUIMENTO DELL'ATTESTATO
DI IDONEITA' ALLA GUIDA DEL CICLOMOTORE

ALLIEVO

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Via/C.so _____

Codice fiscale _____

Scuola I.S.S. "J.C. Maxwell" _____ Città Milano _____

Classe _____

GENITORE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Via/C.so _____

Codice fiscale _____

Io sottoscritto/a _____

autorizzo mio/a figlio/a _____

a frequentare il corso organizzato dall'Istituto I.S.S. "J.C.Maxwell" _____

sito in Via Don Calabria 2 Milano _____

al fine di consentire il conseguimento dell' attestato di guida dei ciclomotori.

Data

Firma del Genitore