

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA FREQUENZA DEL CORSO PER
IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA GUIDA DI
CICLOMOTORI

Il sottoscritto _____

nat ____ a _____ Provincia _____

Stato _____ il _____

residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ N. _____

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a _____ classe _____

nat ____ a _____ Provincia _____ il _____

residente a _____ Cap. _____ Provincia _____

in via/piazza _____ N. _____

Codice fiscale _____ Tel. o Cell. _____

A partecipare al corso per il rilascio del certificato di idoneità alla guida dei
ciclomotori che si terrà presso il Liceo Artistico di Varese.

DATA _____

FIRMA
(genitore o chi ne fa le veci) _____