



FOTO

(da inviare a: direzione@istitutoitalianodesign.it)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL TEST DI AMMISSIONE

Marca da Bollo
€ 16,00

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

(_____)
Provincia

Nazionalità _____

Codice Fiscale / Numero e data di scadenza Passaporto e Nazionalità _____

Indirizzo di residenza e numero civico _____

Città _____

C.A.P. _____

(_____)
Provincia

(compilare se diverso dalla residenza)

Indirizzo di domicilio e numero civico _____

Città _____

C.A.P. _____

(_____)
Provincia

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Dichiara di aver conseguito/conseguire il titolo di _____ (es. "maturità classica") nell'anno _____

presso l'Istituto _____ in _____ (____)

COME CI HAI CONOSCIUTO?

