



C.P.I.A. di Rovigo
Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti

Via Mozart, 8 - 45100 Rovigo Tel: 0425.471639 Fax: 0425.417147
 c.f.93036500291 e-mail:romm052008@istruzione.it
 pec:romm052008@pec.istruzione.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE PER ADULTI

Al Dirigente Scolastico C.P.I.A. di Rovigo Sede Centrale di Rovigo Sede Associata di Adria Sede Associata di Castelmassa

Il/la sottoscritto/a _____ M F
Cognome Nome

Codice Fiscale _____ *(allegare copia)*

CHIEDE L'ISCRIZIONE AI CORSI PER L'A.S. 2018/2019

Al/ai corso/i di formazione per adulti:

CORSO	LIVELLO	ORE TOT.	Riservato alla Segreteria	
			Punto di erogazione	Corso Specifico
<input type="checkbox"/> INGLESE	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	30		
<input type="checkbox"/> INFORMATICA	<input type="checkbox"/> Base + Internet	30		
	<input type="checkbox"/> Videoscrittura	30		
	<input type="checkbox"/> Foglio Elettronico	30		
<input type="checkbox"/> SPAGNOLO	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	30		
<input type="checkbox"/> FRANCESE	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	30		
<input type="checkbox"/> TEDESCO	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	30		
<input type="checkbox"/> CINESE	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	30		
<input type="checkbox"/> BENESSERE	<input type="checkbox"/> YOGA	30		
<input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> Specificare:			
	<input type="checkbox"/> Specificare:			
	<input type="checkbox"/> Specificare:			

N.B.: Per i costi dei singoli corsi rivolgersi in segreteria.

Segue sul retro

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA DI

essere nato/a il: _____ a: _____

nazione: _____

essere cittadino/a di nazionalità: _____

essere residente nel Comune di _____ (Prov.) _____

indirizzo: Via / Piazza _____ n. _____

Cellulare _____ Tel. fisso _____ mail _____

essere in possesso del titolo di studio conclusivo del primo ciclo: SI (*allegare*) NO

N.B. I cittadini non appartenenti alla UE devono produrre copia del permesso di soggiorno o della richiesta.

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data _____ Firma _____

Firma del/i genitore/i per il minore _____

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.