

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE (da consegnare entro 06/06/2022)

CENTRO FORMAZIONE PROFESSIONALE
ANNA ROSSI ved. SAUGO
 36016 THIENE (VI) Via dei Quartieri, 2/4
 P.I. 02386050245 c.f. 84006010247

Tel. 0445 362159 / 0445 361651
 Tel. 0445 538935
www.saugo.it - cfp@saugo.it



1. Qualifica professionale o dichiarazione sostitutiva (se proviene da altra scuola)
2. Nr. 2 foto tessere (necessarie anche se già portate in anni precedenti)
3. Fotocopia del documento di identità personale *
4. Fotocopia della tessera sanitaria *
5. Estratto delle vaccinazioni rilasciato dall'ULSS *
6. Permesso di soggiorno per i cittadini extracomunitari*
7. Copia estratto della Sentenza del Tribunale dei minori, di affidamento dei figli, in caso di separazione*

* Qualora in possesso del CFP, salvo casi di variazione, non dovranno essere presentati.

ISCRIZIONE SMS/E-MAIL Per ricevere comunicazioni dal CFP

| | |
|---|-------------------------------------|
| Nominativo di uno dei genitori / tutore a scelta della famiglia | Numero di cellulare genitore/tutore |
| | Indirizzo e-mail genitore/tutore |
| Nominativo allievo | Numero cellulare allievo |
| | Indirizzo e-mail allievo |

Il sottoscritto si impegna inoltre in caso di adesione a comunicare ogni variazione di numero telefonico o indirizzo e-mail al fine di evitare inutili spese di invio a destinatari diversi o disattivati. Condizioni generali: Il servizio è gratuito. I dati personali sono trattati dal Centro di Formazione Professionale per poter esercitare la funzione di informazione e comunicazione e per le finalità collegate al servizio di invio SMS. In base al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) è possibile in qualunque momento conoscere quali sono i propri dati e come essi vengono utilizzati, farli aggiornare, rettificare o cancellare. Il servizio può essere disabilitato in qualunque momento, previa comunicazione.
 Il sottoscritto è stato informato del trattamento dei dati contenuti nella presente domanda di iscrizione ed esprime consenso in base al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), affinché possano essere comunicati alle Amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o per svolgimento di attività istituzionali.

Firma del genitore _____
 (o del Tutore legale)

Orario di segreteria:
 Lun. 08.00 - 16.30
 Mar. 08.00 - 16.30
 Mer. 08.00 - 13.00 14.00 - 17.30
 Giov. 08.00 - 16.30
 Ven. 08.00 - 13.00

Per informazioni contattare la segreteria del CFP A. Rossi ved. Saugo ai numeri 0445/362159 – 0445/361651

**MODULO DI ISCRIZIONE PER CORSO
 TECNICO RIPARATORE DI VEICOLI A MOTORE**

AI DIRIGENTE SCOLASTICO del C.F.P. "A. ROSSI VED. SAUGO" – THIENE

I sottoscritt_ _____ padre madre tutore
 (cognome e nome del padre o della madre o del tutore)

dell'alunn_ _____
 (cognome dell'alunno/a)
 (nome dell'alunno/a)

CHIEDE

L'iscrizione dell__ stess__ all'anno formativo **2022/2023** al corso di

**TECNICO RIPARATORE DI VEICOLI A MOTORE
 (NEL SISTEMA DUALE)**

L'iscrizione è condizionata al possesso di una qualifica professionale triennale di
 Operatore alla riparazione di veicoli a motore

Se le domande d'iscrizione superano i posti disponibili,
 si effettuerà una selezione degli allievi.

Data _____ firma dell'alunno/a _____

firma del genitore _____
 (o del Tutore Legale)

[Segue](#)

A tal fine dichiara che:

L'alunno/a _____ Sesso M F

è nato/a a _____ Prov. _____ Nazione _____

il ____/____/____ C.F. _____

è cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____

è residente a (Comune) _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Cellulare _____ E-mail _____

domicilio _____

Scuola di provenienza

ha conseguito una qualifica di _____

presso il CFP _____ A.F. _____

Per la richiesta di iscrizione è richiesto il seguente importo:

€ 150,00 da versare in contanti alla consegna della presente domanda

ENTRO LUNEDI' 06 GIUGNO 2022

Qualora il corso non fosse attivato, la quota d'iscrizione sarà restituita.

Qualora l'allievo non venga selezionato, la quota d'iscrizione sarà restituita.

In caso di rinuncia all'iscrizione, la quota non viene restituita.

Data _____

firma del padre _____
(o del Tuttore Legale)

(Sono previste entrambe le firme)

firma della madre _____
(o del Tuttore Legale)

GENERALITA' DELLA FAMIGLIA

GENERALITA' DEL PADRE (o LEGALE TUTORE)

Cognome e nome _____

Comune di nascita _____ data nascita _____

Titolo di studio _____ Professione _____

_____ Tel.lavoro/ufficio _____

Comune di domicilio _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cellulare _____ E-mail _____

GENERALITA' DELLA MADRE (o LEGALE TUTRICE)

Cognome e nome _____

Comune di nascita _____ data nascita _____

Titolo di studio _____ Professione _____

_____ Tel.lavoro/ufficio _____

Comune di domicilio _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cellulare _____ E-mail _____

GENERALITA' DEI FRATELLI

| cognome e nome | data nascita | occupazione |
|----------------|--------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |