

**DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE** (da presentare entro e non oltre il **21.06.2023**)

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. Permesso di soggiorno per i cittadini extracomunitari\*
6. Copia estratto della Sentenza del Tribunale dei minori, di affidamento dei figli, in caso di separazione\*
7. Scheda dati stage.

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



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



**MODULO DI ISCRIZIONE PER CORSO  
ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI ACCONCIATORE**

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO della "SCUOLA ANNA ROSSI SAUGO" – THIENE**

**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 Scuola Anna Rossi Saugo ai numeri 0445 362159 - 0445 361651

\_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 for. **2023/2024** al corso di

**ABILITAZIONE PROFESSIONALE DI ACCONCIATORE**

Suddetto corso avrà una durata di 900 ore così suddivise:

- 300 ore di teoria
- 600 ore di pratica
- oltre a circa 10 ore di esame

L'iscrizione è condizionata al possesso di una qualifica professionale triennale di acconciatura

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. \_\_\_\_\_

Il corso è a pagamento e le quote previste per un numero minimo di 16 partecipanti sono così suddivise:

- Quota iscrizione € 150,00 (da versare in contanti alla consegna della presente domanda),
- In caso di rinuncia all'iscrizione, qualora il corso si regolarmente attivato, la quota non viene restituita)
  
- I rata entro il 31/10/2023 € 500,00
- II rata entro il 31/12/2023 € 400,00
- III rata entro il 28/02/2024 € 300,00
- IV rata entro il 30/04/2024 € 350,00

La quota potrà essere aumentata in proporzione qualora il numero di partecipanti sia inferiore. Con l'iscrizione l'allievo/a e la famiglia si impegnano a versare tutte le quote previste in caso di attivazione del corso. Qualora il corso non fosse attivato, la quota d'iscrizione sarà restituita.

Data \_\_\_\_\_ firma del padre \_\_\_\_\_  
(o del Tutore Legale)

(Sono previste entrambe le firme) firma della madre \_\_\_\_\_  
(o del Tutore 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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### SITUAZIONE FAMILIARE

Coniugati  Conviventi  Orfano di madre

Separati  Divorziati  Orfano di padre

Altro \_\_\_\_\_

Nel caso di separati o divorziati indicare l'affidamento:

Congiunto (padre e madre)  Madre  Padre

Data \_\_\_\_\_ firma del genitore \_\_\_\_\_  
(o del Tutore Legale)