

## DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE (da consegnare entro 05/04/2024)

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\*

\* Qualora in possesso della SFP Saugo, salvo casi di variazione, non dovranno essere presentati.

### ISCRIZIONE SMS/E-MAIL Per ricevere comunicazioni dal SFP

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 dalla Scuola di Formazione Professionale Saugo 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.

Acconsento

Luogo, data \_\_\_\_\_ firma dell'allievo \_\_\_\_\_

firma della madre \_\_\_\_\_ firma del padre \_\_\_\_\_  
(o del Tutore Legale) (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 della Scuola Anna Rossi Saugo ai numeri 0445 362159 – 0445 361651



FONDAZIONE ANNA ROSSI SAUGO - ETS  
SCUOLA DI FORMAZIONE PROFESSIONALE  
36016 THIENE (VI) Via dei Quartieri, 2/4  
P.I. 02386050245 c.f. 84006010247

Tel. 0445 362159 / 0445 361651  
Tel. 0445 538935  
Mail: - segreteria@saugoedu.com  
www.saugo.it



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

AI DIRIGENTE SCOLASTICO della  
FONDAZIONE ANNA ROSSI SAUGO – ETS  
Scuola di Formazione Professionale

\_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 **2024/2025** al corso di

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

sono interessato al settore Carrozzeria

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 la SFP \_\_\_\_\_ A.F. \_\_\_\_\_

Per la richiesta di iscrizione è richiesto il seguente importo:

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

**ENTRO VENERDI' 05 APRILE 2024**

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 Tutore Legale)

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)