

PROT. N. _____ del _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL PERCORSO TRIENNALE DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE

Alla Città Metropolitana di Roma Capitale
Alla Regione Lazio

__I__ sottoscritt _____ (cognome e nome)

Consapevole delle responsabilità penali derivanti da false dichiarazioni rese ai sensi del DPR n. 445/2000, in qualità di
 padre madre tutore affidatario

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 20____/20____

alla PRIMA SECONDA TERZA annualità del percorso triennale di Istruzione e Formazione Professionale
dell'Allievo/a

Cognome	<input type="text"/>		
Nome	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Comune o Stato Estero di nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Residenza: Indirizzo	<input type="text"/>		
Comune	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Altro recapito telefonico	<input type="text"/>
Posta elettronica	<input type="text"/>		

Scuola di provenienza

Denominazione Scuola di provenienza	<input type="text"/>		
Indirizzo Scuola di provenienza	<input type="text"/>		
Alunno con disabilità	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Alunno con DSA
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alunno/a con disabilità, non autonomo che necessita di assistenza di base (AEC)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Documentazione a supporto:	<input type="radio"/> Certificazione (ASL)	<input type="radio"/> Nulla Osta	<input type="radio"/> Certificazioni scolastiche

Percorso Formativo

<input type="radio"/> OPERATORE ELETTRICO	<input type="radio"/> 1^ scelta	<input type="radio"/> 2^ scelta	<input type="radio"/> 3^ scelta
<input type="radio"/> OPERATORE ALLA RIPARAZIONE DI VEICOLI A MOTORE	<input type="radio"/> 1^ scelta	<input type="radio"/> 2^ scelta	<input type="radio"/> 3^ scelta
<input type="radio"/> OPERATORE GRAFICO - Ipermediale	<input type="radio"/> 1^ scelta	<input type="radio"/> 2^ scelta	<input type="radio"/> 3^ scelta
<input type="radio"/> OPERATORE INFORMatico	<input type="radio"/> 1^ scelta	<input type="radio"/> 2^ scelta	<input type="radio"/> 3^ scelta
<input type="radio"/> OPERATORE DEL BENESSERE (ACCONCIATURA)	<input type="radio"/> 1^ scelta	<input type="radio"/> 2^ scelta	<input type="radio"/> 3^ scelta

presso l'Istituzione Formativa "Fondazione San Girolamo Emiliani", sede di Ariccia (RM) via Rufelli 14 - tel 069304126

A tal fine dichiara:

di effettuare tale richiesta condivisa con l'altro genitore in osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale

data _____ firma _____