



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL QUARTO ANNO PERCORSO DUALE A.S. 20___/20___

Il sottoscritt _____
(cognome e nome del genitore o tutore)

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

Cognome allievo	
Nome allievo	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Stato di nascita	
c.f.	

CHIEDE L'ISCRIZIONE per l'A.S. 20___/20___:

alla classe QUARTA del Percorso Duale

- TECNICO ELETTRICO
 TECNICO ELETTRONICO
 TECNICO ALLA RIPARAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE
 TECNICO GRAFICO (INDIRIZZO MULTIMEDIA)

Presso l'Istituzione formativa:
FONDAZIONE SAN GIROLAMO EMILIANI – Via Rufelli 14, Ariccia (RM) – tel 069304126. Fax 069307290

Dichiara di aver conseguito l'attestato di qualifica professionale nell'anno 20___/20___ per:

- OPERATORE ELETTRICO
 OPERATORE ELETTRONICO
 OPERATORE ALLA RIPARAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE
 OPERATORE GRAFICO (INDIRIZZO MULTIMEDIA)

Presso:

- FONDAZIONE SAN GIROLAMO EMILIANI
 ALTRA ISTITUZIONE _____
(Indicare il nome della scuola di provenienza con la sede)

Il Genitore che compila il presente modulo dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni del Codice Civile (artt. 316, 337 ter e 337 quater) che richiedono il consenso di entrambi i Genitori. I dati riportati nel presente modulo assumono il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione, ai sensi del DPR 445/20001.

Ariccia li _____

Firma _____

¹ Si richiede la firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti, la firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. Qualsiasi variazione inerente la potestà genitoriale dovrà essere comunicata tempestivamente all'Ente

ANAGRAFICA ALLIEVO

Cognome _____

Nome _____

Data Nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____

Tipo di documento e numero _____ N. _____

Luogo e Provincia di nascita _____ Prov. ____

Stato di nascita _____

Cittadinanza _____

indicare n. permesso di soggiorno e scadenza _____

Indirizzo Residenza _____ N° _____

Comune Residenza _____ CAP _____ Prov. ____

Indirizzo Domicilio _____ N° _____

Comune Domicilio _____ CAP _____ Prov. ____

Telefono abitazione +39 _____

Cellulare allievo +39 _____

E-Mail allievo _____

ANAGRAFICA GENITORI

Dati Padre

Cognome _____

Nome _____

Data Nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____

Dati Madre

Cognome _____

Nome _____

Data Nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____

Autorizzo la Fondazione San Girolamo Emiliani al trattamento dei dati personali contenuti nella scheda per le finalità indicate in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

I genitori o tutore

