



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL PERCORSO TRIENNALE DI QUALIFICA PROFESSIONALE NELL'AMBITO DELLA  
SPERIMENTAZIONE DEL SISTEMA DUALE (ACCORDO STATO REGIONI DEL 24 SETTEMBRE 2015 E DELIBERAZIONE DI  
GIUNTA REGIONALE N. 85 DEL 1° FEBBRAIO 2016) A.S. 2018/19**

**Al Direttore dell'Organismo di formazione professionale: ASP GIOVANNI OTTAVIO BUFALINI**

Il/La... sottoscritt... (cognome nome) .....in qualità di  genitore  tutore/affidatario

**CHIEDE L'ISCRIZIONE** per l'anno 2018/19

Dell'alliev... (cognome nome) .....

**Al percorso triennale di qualifica professionale** nell'ambito della Sperimentazione del sistema Duale (Accordo Stato Regioni del 24 settembre 2015 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 85 del 1° febbraio 2016)

**Qualifica prescelta** .....

**INDICA** nel caso di indisponibilità di posti una seconda ed una eventuale terza opzione:

2^ .....

3^ .....

**DICHIARA** che l'allievo (cognome nome) .....

(codice fiscale)..... é nat... a.....

il..... è cittadino  italiano  altro .....

è residente a ..... (cap e prov.) .....

via.....

telefono..... cellulare ..... eventuale mail di famiglia ..... scuola

media di provenienza .....classe terza sez. ....

non ha prodotto domanda ad altra scuola o ente di formazione

(se già iscritto ad altro istituto superiore) avendo avuto comunicazione soltanto ora di questa possibilità, intende **modificare** come sopra esposto la precedente iscrizione fatta presso l'Istituto .....

..... (data)

..... Firma .....

(si allega copia del documento di identità valido (DPRR 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art.13 del D.L. n196/2003, dichiara di essere consapevole che l'Agenzia formativa può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.6.2003,n196 e R.M. 7.12.2006, n135)

(data) ..... Firma .....