

**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. 2020/2021**

**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 2019/2020

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 Reg. Gen. 679/2016, lette le informazioni obbligatorie di cui all’allegata informativa, 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 ………………………………………………………………………………………..