

DOMANDA DI ISCRIZIONE (ON LINE)
PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE

**Al Direttore dott. Silvio Peverelli dell'Agenzia per la Formazione l'Orientamento e il Lavoro della
Provincia di Como**

Il/i sottoscritto/i

Madre _____ **c.fisc.** _____

e-mail _____ **tel.** _____ **tel.** _____

Padre _____ **c.fisc.** _____

e-mail _____ **tel.** _____ **tel.** _____

o Tutore _____ **c.fisc.** _____

di _____ **c.fisc.** _____

(cognome nome allievo/a)

Nato/a a _____ **Pr.** _____ **il** _____

Residenza _____ **Via** _____ **n.** _____ **cap** _____

Frequentante la Scuola Media Inferiore _____ **di** _____

☐ **Indicare se intende chiedere il sostegno (con Certificazione ASL)** ☐ **si** ☐ **no**

Chiedo al Centro di Formazione Professionale il supporto nella procedura di Iscrizione on line al corso di:

- ☐ **OPERATORE DEL BENESSERE - ACCONCIATORE**
- ☐ **OPERATORE DEL BENESSERE - ESTETISTA**
- ☐ **OPERATORE DELLA TRASFORMAZIONE AGROALIMENTARE – PASTICCERIA-PANIFICAZIONE**
- ☐ **OPERATORE DELLA RISTORAZIONE – PREPARAZIONE PASTI**
- ☐ **OPERATORE DELLA RISTORAZIONE – SERVIZI DI SALA BAR**

Firma/e Genitore/i

Tutore Legale

Il/i Sottoscritto/i dichiara/dichiarano di essere consapevole che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nel presente modulo esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.06.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

N.B: I dati rilasciati sono utilizzati dalla Scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305

Como _____