

**DOMANDA DI ISCRIZIONE (ON CLINE)**  
**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** \_\_\_\_\_