



MODULO DI ISCRIZIONE

Ai corsi e/o alle Attività del Centro Territoriale Permanente

Il/la Sottoscritto/a _____

M

F

(cognome)

(nome)

nato/a a _____ Prov./Regione _____

Nazionalità _____ il _____

(Data di nascita)

Residente a _____

(Città)

(via/piazza e n° civico)

Occupato

SI

NO

- Presso _____

- Tipo di lavoro _____

- LIVELLO DI SCOLARIZZAZIONE:

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza media
- Diploma di qualifica professionale
- Diploma di scuola superiore
- Laurea

CHIEDE

Di frequentare il/i seguente/i Corso/i e/o Attività:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare condizioni e modalità di svolgimento del Corso, secondo quanto definito nel Patto Formativo concordato fra il Centro e gli utenti.

Precisa che per ogni utile informazione o comunicazione i propri riferimenti sono:

Numero di telefono: casa _____ cell. _____ lavoro _____

Domicilio/residenza _____

Eventuale fax _____

E-Mail _____

Firma

Data _____

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Ricevuta di versamento per _____
- Copia del permesso di soggiorno (ove previsto) o del certificato di Cittadinanza Italiana
- _____

I dati contenuti nella presente sono trattati secondo le disposizioni di cui alla L. 675/96.