

Direz. Didattica 1° Circolo
C.T.P. Ed.A. - MONDOVÌ (CN)
Prot. n°.....- E/12
del

N° prog. Domanda _____ Corso _____

Preferenza di Sede _____

DIREZIONE DIDATTICA 1° CIRCOLO - MONDOVÌ (CN)

Centro Territoriale Permanente per l'istruzione e la formazione in età adulta

Istruzione per Adulti

Via G. Manessero, 8 – 12084 MONDOVÌ ☎ e Fax 0174.43143 e-mail: cnee069003@istruzione.it

Domanda di iscrizione a.s.
Corso Alfabetizzazione Italiano

Al Dirigente Scolastico del Centro Territoriale Permanente Educazione Adulti di Mondovì

Il /La sottoscritto/a

(compilare il modulo in tutte le sue parti IN STAMPATELLO)

Cognome Nome..... Sesso F M

Nato/a il (anni) a Prov. o Stato di nascita.....

Resid. in via n°..... Comune Prov. Tel.fisso

cellul. Cittadinanza E' già stato iscritto al CTP? SI NO

Occupazione:	In cerca di 1° occupazione <input type="checkbox"/>	Occupato lavoratore dipendente <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>
	Disoccupato <input type="checkbox"/>	Occupato lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>	Casalinga <input type="checkbox"/>
	Occupato cassintegrato <input type="checkbox"/>	Occupato saltuario <input type="checkbox"/>	Pensionato <input type="checkbox"/>

Per stranieri:	Nazionalità	Lingua materna	Seconda lingua	Conoscenza italiano
	<u>Scritto</u>
				Nulla <input type="checkbox"/> Scarsa <input type="checkbox"/> Suff. <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/>
				<u>Orale</u>
				Nulla <input type="checkbox"/> Scarsa <input type="checkbox"/> Suff. <input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/>

Scolarità	Meno di 5 anni <input type="checkbox"/> Da 6 a 8 anni <input type="checkbox"/> Da 9 a 11 anni <input type="checkbox"/> Da 12 a 13 anni <input type="checkbox"/> Oltre 13 anni <input type="checkbox"/>
------------------	--

Preferenza fascia oraria: Mattino: ore 08.30-10.30 Mattino: ore 10.30-12.30 -
 Pomeriggio: ore 17.30/19.30 Sera: ore 20.00-22.00

Oppure.....

Il/La sottoscritto/a **allega**, alla presente, fotocopia del **regolare permesso di soggiorno in corso di validità** (solo per stranieri)

SI RICORDA CHE QUESTO CENTRO TERRITORIALE NON CONTATTA DIRETTAMENTE GLI ISCRITTI CHE DEVONO INFORMARSI PRESSO QUESTA SEGRETERIA PER SAPERE LA DATA DI INIZIO DEI CORSI E LE GIORNATE IN CUI SI TENGONO.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA SCUOLA PUÒ UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE N. 675 – ART. 27 DEL 31-12-1996 E DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30-06-2003 SULLA TUTELA DELLA PRIVACY

Data: _____

Firma: _____