



CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE  
ANNA ROSSI ved. SAUGO - THIENE (VI)

Tel. (0445) 362159  
Via dei Quartieri, 2/4 36016 THIENE (VI)

Fax. (0445) 380811  
www.saugo.it - cfp@saugo.it

**MODULO DI ISCRIZIONE A PERCORSI TRIENNALI DI ISTRUZIONE E  
FORMAZIONE PER L'ANNO FORMATIVO 2011/2012**

AI DIRIGENTE SCOLASTICO del C.F.P. "A. ROSSI VED. SAUGO" - THIENE

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ padre madre tutore  
(cognome e nome del padre o della madre o del tutore)

dell'alunn\_\_ \_\_\_\_\_  
(cognome dell'alunno/a) (nome dell'alunno/a)

**CHIEDE**

L'iscrizione dell\_\_ stess\_\_ all'anno for. **2011/2012** alla classe **PRIMA** del percorso triennale di istruzione e formazione per la qualifica di: (contrassegnare con X la casella ):

- OPERATORE ALLA RIPARAZIONE DEI VEICOLI A MOTORE**  
 **OPERATORE DEL BENESSERE: INDIRIZZO ACCONCIATURA**

Nel caso in cui per indisponibilità di posti non sia possibile ottenere l'iscrizione a codesto istituto, **CHIEDE** in ordine di preferenza l'iscrizione ai seguenti istituti:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

segue

A tal fine dichiara che

L'alunn\_ \_\_\_\_\_ Sesso M  F

è nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

è cittadino  italiano  altro (indicare quale) \_\_\_\_\_

è residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla residenza)

Scuola Media di Provenienza \_\_\_\_\_

Scuola e classe di provenienza \_\_\_\_\_  
(se diversa dalla scuola media)

Lingue straniere studiate :

1^ lingua \_\_\_\_\_ 2^ lingua \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma dell'alunno \_\_\_\_\_

firma del genitore \_\_\_\_\_  
(o del Tutore)

## GENERALITA' DELLA FAMIGLIA CONVIVENTE

### 1) GENERALITA' DEL PADRE (o TUTORE)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.lavoro/ufficio \_\_\_\_\_

Comune di domicilio \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

### 2) GENERALITA' DELLA MADRE (o TUTRICE)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.lavoro/ufficio \_\_\_\_\_

Comune di domicilio \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

### 3) GENERALITA' DI ALTRI FRATELLI

Cognome e nome

data nascita

occupazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto è stato informato del trattamento dei dati contenuti nella presente domanda di iscrizione ed esprime consenso ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D. Lgs 196/2003), affinché possano essere comunicati alle Amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o per svolgimento di attività istituzionali.

Data \_\_\_\_\_ firma dell'alunno \_\_\_\_\_

firma del genitore \_\_\_\_\_  
(o del Tutore)

NELLA FORMAZIONE DELLE CLASSI SI CHIEDE DI ESSERE INSERITO/A CON  
L'ALLIEVO/A:

---

---

**DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE** (da presentare entro e non oltre il 30.06.2011)

- 1) Diploma di Licenza Media oppure dichiarazione sostitutiva del Diploma
- 2) Fotocopia del documento di identità personale
- 3) Fotocopia del codice fiscale
- 4) Fotocopia della tessera sanitaria
- 5) Fotocopia della tessera vaccinazione antitetanica
- 6) 3 foto tessera
- 7) Permesso di soggiorno per i cittadini extracomunitari

Per informazioni contattare la segreteria del CFP ai numeri 0445/362159 -  
0445/380811

Orario di segreteria:

Lun. 10.00-13.00

Mar. 10.00-13.00 15.00-17.30

Mer. 10.00-13.00 15.00-18.00

Giov. 10.00-13.00 15.00-17.30

Ven. 10.00-13.00