ISTITUTO PROFESSIONALE G. CABOTO

I.P.S.C. GIOVANNI CABOTO
SERVIZI COMMERCIALI

N° QAIC/IT/90541

SEDE Via G.B. Ghio, 2-4 SUCCURSALE C.so Millo, 9 16043 CHIAVARI (GE) Tel. (0185) 322108 - Fax (0185) 321425
SEDE ASSOCIATA Via Buonincontri, 3 16038 S. MARGHERITA LIGURE (GE) Tel. e Fax (0185) 287062
www.caboto-el.eu E-mail: gerc070002@istruzione.it caboto@pec.it Codice Fiscale 82013860109

Mo481D DOMANDA DI ISCRIZIONE **CORSI BREVI/FREQUENZA PARZIALE**

(formazione adulti)

Al Dirigente Scolastico
dell'I.P.S.C.T. "G. CABOTO" - CHIAVARI

Il/la sottoscritto/a *(cognome e nome)* _____

codice fiscale _____

CHIEDE

per l'anno scolastico_____ l'iscrizione al corso:

- ☐ ECDL (Word – Excel - Risorse del computer e gestione dei file)
- ☐ ECDL (PowerPoint – Internet – Access)
- ☐ INGLESE (principianti)
- ☐ ALTRO (*indicare la/e disciplina/e*) _____

_____

A tal fine, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro, in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, dichiara come propri i seguenti dati:

comune di nascita_____ prov._____data di nascita _____

di essere cittadino italiano ☐ altro ☐ (indicare nazionalità) _____

comune di residenza_____cap_____prov._____

via/piazza _____ n. _____

telefono_____e-mail _____

titolo di studio _____

di essere stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ☐ SI ☐ NO

Firma di autocertificazione

_____

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000)
(da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)
Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data_____ Firma_____