

Sede Operativa di

.....

Tel e Fax.....

Alla Direzione del C.F.P.

Data.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Corso per.....

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a a frequentare il Corso specificato e a tal fine fornisce le seguenti notizie:

COGNOME..... NOME..... Sesso

Luogo di nascita..... (.....) Data.....

Comune di residenza(.....) Via.....

Tel. Cell. Stato civile

Titolo di studio

conseguito presso: nell'anno scolastico

Corso professionale già frequentato: livello/qualifica

per anno di frequenza

presso

Anno di iscrizione al Collocamento Qualifica

Il CIOFS/FP PUGLIA si impegna alla riservatezza dei dati suindicati ai sensi della legge sulla privacy con decreto legislativo 196/03.

(Il Richiedente)

☐ Ammesso/a

☐ Non ammesso/a

(La Direttrice della Sede Operativa)

Il CIOFS/FP Puglia si riserva la proprietà del presente documento con divieto assoluto di riprodurlo, anche parzialmente, e di renderlo noto a terzi senza autorizzazione scritta.