

**ENTE: ENGIM SICILIA sede operativa C.F.P. "GIACOMO CANOVA"**

Via Ugo Foscolo, 8 – 90018 Termini Imerese (PA) tel. 0918112247 / fax.: 0917740435 CIR: IM3000\_05

http://www.engimsicilia.it/cfp / e-mail: info.termini@engimsicilia.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI PERCORSI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE REALIZZATI  
DAGLI ENTI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di padre/ madre/ tutore  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

l'iscrizione dell'alunn \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

al primo anno del Percorso di Istruzione e Formazione Professionale, per l'anno scolastico 2015/2016, per il conseguimento della qualifica professionale di :

- OPERATORE DEL BENESSERE** (indirizzo : Acconciatura /Estetica)  
 **OPERATORE AMMINISTRATIVO - SEGRETARIALE**

da svolgere presso : l'Ente di Formazione Professionale **ENGIM SICILIA sede corsuale**  
**C.F.P. "GIACOMO CANOVA" Via Ugo Foscolo, 8 – 90018 Termini Imerese (PA)**  
**struttura accreditata presso la Regione Siciliana con CIR : IM 3000\_05**

in subordine

Nel caso di mancato accoglimento dell'iscrizione o di mancata attivazione del percorso finalizzato al conseguimento della qualifica professionale di cui sopra

**CHIEDE**

l'iscrizione al primo anno del Percorso di Istruzione e Formazione Professionale, per l'anno scolastico 2015/2016, per il conseguimento della qualifica professionale di \_\_\_\_\_  
(inserire una delle 22 figure di cui alle Linee Guida)

da svolgere presso :

1) Ente di Formazione Professionale \_\_\_\_\_

2) Ente di Formazione Professionale \_\_\_\_\_  
(inserire denominazione dell'Ente di Formazione)

Nel caso di mancata attivazione dei percorsi richiesti

**CHIEDE**

in ordine di preferenza

l'iscrizione alla prima classe

1) Istituto \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ ;

2) Istituto \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ .

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara che:

- l'alunn \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ (codice fiscale)

- è nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- è cittadino italiano / altro (indicare la nazionalità) \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- proviene dalla scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_

- ha studiato le seguenti lingue comunitarie nella scuola di provenienza

\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

- la propria famiglia convivente è composta, oltre all'alunno, da:

*(informazioni da fornire qualora ritenute funzionali per l'organizzazione dei servizi)*

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
	(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(grado di parentela)

- il reddito imponibile (rilevabile dall'ultima dichiarazione dei redditi) del nucleo familiare è di euro \_\_\_\_\_  
(dichiarazione da rilasciare solo ove ricorrano le condizioni per usufruire dell'esonero delle tasse scolastiche o di altre agevolazioni previste)
- di non aver prodotto domanda ad altro Istituto Statale / Istituzione formativa accreditata.

#### Firma di autocertificazione

\_\_\_\_\_  
(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)  
da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Istituzione può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.lgs. 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2009, n. 305)

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta di iscrizione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305.