

SERVIZIO di SUPPORTO all'Iscrizione

Al Direttore del CALAM

I sottoscritt_ (cognome e nome) _____ in qualità di padre madre tutore

- nat_ a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____

cellulare _____ altri _____

mail _____

CHIEDE

l'iscrizione dell'alunn_ _____
(cognome e nome)

alla classe 1° 2° 3° 4° indirizzo **ESTETICA** o **ACCONCIATURA** (barrare quello scelto)

a codesta istituzione per l'anno scolastico

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, e consapevole delle responsabilità cui va in contro 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 nazionalità) _____

- è residente a _____ (prov.) _____

Via/piazza _____ n. _____

- proviene dalla scuola _____ classe _____

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie sì no

Con la presente autorizzo il CFP CALAM ad utilizzare l'indirizzo di posta elettronica info@calamcfp.it qualora fosse necessario ai fini dell'iscrizione sopra specificata

Data.....

Firma.....

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 giugno 2003, n. 196).

Data.....

Firma.....

N.B. = I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 30