



**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**Corso triennale di Qualifica professionale**  
**“OPERATORE DELLA RISTORAZIONE”**

(D. D. n. 1805 del 20/11/2012 – BURP n. 168 del 22/11/2012)  
Cod. Progetto OF11011

*Da consegnare a mano oppure spedita tramite raccomandata*

ALLA DIREZIONE DEL CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE  
PROGRAMMA SVILUPPO  
Via Scalfo, 5 - 73013  
GALATINA - LECCE

**DATI DEL GENITORE**  
**(o di chi esercita la Patria Potestà)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Residente \_ CAP \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

In qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_  
*(Nome e cognome del minore)*

**L'ISCRIZIONE per il/la minore al CORSO**

e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/00

**DICHIARA CHE IL MINORE**

È nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
È cittadino/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ha frequentato n. \_\_\_\_\_ anni di scuola media inferiore presso l'Istituto \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ conseguendo la licenza media nell'anno \_\_\_\_\_

con la seguente valutazione \_\_\_\_\_

Ha frequentato n. \_\_\_\_\_ anni di scuola media superiore presso l'Istituto (o Liceo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_

- non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali pendenti      Sì       No
- è inoccupato/disoccupato      Sì       No

Allegati:

⇒ Fotocopia del Diploma di Scuola Media Inferiore

⇒ Fotocopia del Documento di Riconoscimento

⇒ Su richiesta, ogni documento attestante quanto indicato nella presente domanda

*Firma del Genitore dichiarante*  
(o di chi esercita la Patria Potestà)

*Firma dello Studente minorenni*

*Galatina, lì*

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

Il/La sottoscritto/a dichiara di autorizzare, ai sensi della legge n. 196/2003 e s.m.i., al trattamento dei dati personali entro i limiti previsti dalla Legge.

*Firma dello Studente minorenni*

**Informazioni utili.**

Gentile utente, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande al fine di aiutarci a migliorare i nostri servizi, barrando con una "X" i seguenti campi.

1. E' venuto a conoscenza del corso di formazione attraverso:

- Il nostro sito internet
- L'e-mail inviata dal nostro Servizio Alert
- Social Network
- Manifesti pubblicitari
- Spot televisivo
- Spot radiofonico
- Pubblicità sui quotidiani locali (*specificare quali*) .....
- Altro: (*specificare*) .....

2. Acconsenti all'iscrizione al Servizio Alert di Programma Sviluppo? In tal modo sarò sempre informato, attraverso e-mail, delle opportunità formative offerte dal CFP Programma Sviluppo.

- SI            indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_
- NO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Firma \_\_\_\_\_