



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE OVIDIO

Piazza XX Settembre, 16 - 67039 SULMONA (AQ)

www.isartesulmona.it - aqpc030001@istruzione.it

Tel. 0864-52622- Fax 0864-51205- C.F. 83000860664

- Scuole associate (Istituto di Istruzione superiore Ovidio) **Istituto d'Arte "G. Mazara"** con annessa Scuola Media, Via De Matteis, 67039 Sulmona - Presidenza tel. 0864-52351 Segreteria tel. 0864-52274 fax 0864-54459

Polo formativo (Provincia TE/AQ) percorsi IFTS per il settore Tessile/Abbigliamento/moda progetto **TESSILANDIA** (Tessile abbigliamento network di industrie abruzzesi)

Det. dir. n. 348/DL10 del 19.11.2008

Prot. n.

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Del

Il/La Sottoscritto/a

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME	NOME	Nato/a il (DATA DI NASCITA)
---------	------	-----------------------------

A (LUOGO DI NASCITA Comune, Provincia, Stato)	CODICE FISCALE
---	----------------

fa domanda di partecipazione all'intervento indicato.

Al riguardo dichiara:

di essere	di avere la cittadinanza
UOMO DONNA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ITALIANA <input type="checkbox"/> ALTRI PAESI UE <input type="checkbox"/> PAESI EUROPEI NON UE <input type="checkbox"/> PAESI NON UE DEL MEDITERRANEO <input type="checkbox"/> ALTRI PAESI AFRICANI <input type="checkbox"/> ALTRI PAESI ASIATICI <input type="checkbox"/> AMERICA <input type="checkbox"/> OCEANIA

di risiedere a (Comune di residenza)	PROVINCIA	CAP
---	-----------	-----

INDIRIZZO VIA/PIAZZA	N.	TELEFONO	TELEFONO CELLULARE
----------------------	----	----------	--------------------

di avere il domicilio a (Comune di domicilio)	PROVINCIA	CAP
--	-----------	-----

INDIRIZZO VIA/PIAZZA	N.	TELEFONO
----------------------	----	----------

di possedere il seguente titolo di studio

CORSO AL QUALE RICHIEDE DI ESSERE ISCRITTO

TECNICO SUPERIORE PER IL DISEGNO E LA PROGETTAZIONE INDUSTRIALE

SEDE DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

Istituto d'istruzione Superiore "OVIDIO" (sede associata Istituto d'Arte G.Mazara) - via De Matteis s.n. - SULMONA (AQ)

DATA	FIRMA DEL RICHIEDENTE
------	-----------------------

PRIVACY

Ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 , presa conoscenza dell'informativa resa per il trattamento dei dati personali, autorizzo espressamente l'Istituto d'istruzione Superiore "V.Moretti" alla conservazione, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali per l'ammissione e la frequenza del corso sopra indicato, per motivi ad esso collegati (ivi compresi: la gestione amministrativo-contabile del corso, lo svolgimento di eventuali periodi di stage e iniziative tese a favorire e migliorare l'inserimento nel mercato del lavoro) e per essere informato in futuro di altre iniziative in programma.

FIRMA

TITOLI DI STUDIO POSSEDUTI

Il/La Sottoscritto/a

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME

NOME

Nato/a il (DATA DI NASCITA)

A (LUOGO DI NASCITA Comune, Provincia, Stato)

riguardo al titolo di studio dichiara quanto segue:

TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO:

1. Nessun titolo o licenza elementare
2. Licenza media o superamento del biennio di scuola superiore
3. Diploma di qualifica acquisito attraverso corso scolastico
4. Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale
5. Qualifica acquisita tramite apprendistato
6. Diploma di maturità e diploma di scuola superiore
7. Qualifica professionale post – diploma
8. Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
9. Diploma universitario, Laurea di base od altri titolo equipollenti (compreso ISEF e Conservatorio)
10. Master post - laurea di base
11. Laurea specialistica
12. Diploma post - laurea (master, dottorato, specializzazione)

IN PASSATO HA FREQUENTATO E INTERROTTO UN CORSO DI STUDIO SENZA CONSEGUIRNE IL TITOLO:

SCUOLA

ULTIMO ANNO COMPLETATO

- | | |
|--|-------|
| 1. <input type="checkbox"/> Scuola media inferiore o di base | _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> Biennio scuola secondaria riformata | _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Triennio scuola secondaria riformata | _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> Istituto professionale | _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> Istituto tecnico | _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> Istituto magistrale | _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> Istituto d'arte | _____ |
| 8. <input type="checkbox"/> Liceo | _____ |
| 9. <input type="checkbox"/> Università | _____ |

DATA

FIRMA

CONDIZIONE PROFESSIONALE

Il/La Sottoscritto/a

DATI DEL RICHIEDENTE		
COGNOME	NOME	Nato/a il (DATA DI NASCITA)
A (LUOGO DI NASCITA Comune, Provincia, Stato)		
riguardo alla condizione professionale dichiara quanto segue: (indicare una sola risposta)		
1. <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione in uscita dalla scuola/università (chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)		
indicare da quanto tempo cerca lavoro		
1. <input type="checkbox"/> da meno di 6 mesi	3. <input type="checkbox"/> da 12 a 24 mesi	
2. <input type="checkbox"/> da 6 a 11 mesi	4. <input type="checkbox"/> da oltre 24 mesi	
2. <input type="checkbox"/> occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)		
3. <input type="checkbox"/> disoccupato o iscritto alle liste di mobilità (chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico, donne che hanno l'intento di rientrare nel mercato del lavoro)		
indicare da quanto tempo cerca lavoro		
1. <input type="checkbox"/> da meno di 6 mesi	3. <input type="checkbox"/> da 12 a 24 mesi	
2. <input type="checkbox"/> da 6 a 11 mesi	4. <input type="checkbox"/> da oltre 24 mesi	
4. <input type="checkbox"/> studente (chi frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario)		
5. <input type="checkbox"/> inattivo (chi non ha e non cerca lavoro)		
DATA	FIRMA	

DICHIARAZIONE

Il/La Sottoscritto/a

DATI DEL RICHIEDENTE		
COGNOME	NOME	Nato/a il (DATA DI NASCITA)
A (LUOGO DI NASCITA Comune, Provincia, Stato)		
<p>dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento e che in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero dei partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione.</p> <p>Allegati n° come richiesto dal bando di ammissione.</p>		
DATA	FIRMA DEL RICHIEDENTE	
PRIVACY		
Ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, presa conoscenza dell'informativa resa per il trattamento dei dati personali, autorizzo espressamente l'Istituto d'istruzione Superiore "V. Moretti" alla conservazione, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali per l'ammissione e la frequenza del corso sopra indicato, per motivi ad esso collegati (ivi compresi: la gestione amministrativo-contabile del corso, lo svolgimento di eventuali periodi di stage e iniziative tese a favorire e migliorare l'inserimento nel mercato del lavoro) e per essere informato in futuro di altre iniziative in programma.		
FIRMA		

ALLEGARE:

- fotocopia documento di riconoscimento
- fotocopia codice fiscale