



C.so di qualifica professionale

Operatore della Ristorazione – *Allestimento sala e somministrazione piatti e bevande* **WELLNESS MIXOLOGIST** Esperto in Wellness Drink e Green Cocktail

Avviso OF/2022 “Offerta Formativa di Istruzione e Formazione Professionale” D.D. n. 1649/22 e D.D. n.1154 del 10 luglio 2023 - BURP n. 65suppl del 10/07/2023 e graduatoria di approvazione D.D.n.2031 del 09/11/2023 - BURP n.102 del 16/11/2023.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI

ALLIEVO/A	Cognome	Nome
	Data di nascita	Comune di nascita Prov.....
	Cell	email
GENITORE/TUTORE	Cognome	Nome
	Data di nascita	Comune di nascita Prov.....
	C.F.	Tel/Cell.....
RESIDENZA		
Località	Comune	Prov.....
Indirizzo		
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)		
Località	Comune	Prov.....
Indirizzo		

ISTRUZIONE/ FORMAZIONE

Titolo di studio	<input type="checkbox"/> diploma di licenza media	anno di conseguimento
Istituto scolastico di provenienza	<input type="checkbox"/> ultimo anno frequentato (es. 1° superiore)	
	presso l'ISS	

Il sottoscritto allega:
<input type="checkbox"/> Copia documento di identità
<input type="checkbox"/> Copia Codice Fiscale
<input type="checkbox"/> Copia titolo di studio
<input type="checkbox"/> Nulla osta Istituto Scolastico di provenienza (per gli allievi iscritti presso altro Istituto)
<input type="checkbox"/> Copia documento di identità e C.F. del genitore o di chi ne fa le veci

Il sottoscritto dichiara:
<input type="checkbox"/> di autorizzare l'Ente al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti
<input type="checkbox"/> di autocertificare la veridicità dei dati e delle informazioni fornite (ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000)

Luogo e Data _____

Firma allievo _____

Firma genitore/tutore _____

ATTENZIONE - Le domande di adesione dovranno pervenire a mezzo mail all'indirizzo centroserviziformativi@lecostantine.eu - spedite o consegnate a mano presso la Direzione di Fondazione "LE COSTANTINE" via Sticchi 47/a – 73024 Maglie (Le).

RICEVUTA DI PRESENTAZIONE	Data ___ / ___ / ___	Prot. n. _____
---------------------------	----------------------	----------------