

*Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto di Istruzione e Formazione _____*

Corso al quale si richiede l'iscrizione:	
Richiedente:	
Luogo di nascita:	
Data di nascita:	
Abitazione:	Comune: _____ Prov. _____ Via _____
Telefono:	
e-mail:	
Titolo di studio:	
Specializzazioni e qualifiche:	
Esperienze professionali:	
Conoscenza lingue:	
Conoscenze informatiche:	

Data di compilazione: _____ Firma: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra riportati sono veritieri.

Data

Firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali L. 196/03

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, recante le disposizioni sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati forniti con la presente richiesta, per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

Data

Firma
