



CPIA 1 PROVINCIA DI CAGLIARI

Via Bligny, 2 – 09122 CAGLIARI

Tel. 070/28 06 62 – fax 070/ 2080148 C.F. 92229660920 - CAMM202003@pec.istruzione.it

AMPLIAMENTO OFFERTA FORMATIVA

DOMANDA D'ISCRIZIONE AI CORSI DI AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA

Al Dirigente Coordinatore del C.P.I.A.1 di Cagliari

Il/la sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ CITTÀ DI NASCITA _____

STATO _____ CITTADINANZA _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

Chiede di essere ammesso/a a frequentare il/i seguente/i corso/i:

<input type="checkbox"/> ITALIANO LIVELLO B1	CORSI VALIDI AI FINI DELLA CERTIFICAZIONE CELI			
<input type="checkbox"/> ITALIANO LIVELLO B2				
<input type="checkbox"/> ITALIANO LIVELLO C1				
<input type="checkbox"/> FRANCESE	LIVELLO	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> AVANZATO
<input type="checkbox"/> INGLESE	LIVELLO	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> AVANZATO
<input type="checkbox"/> SPAGNOLO	LIVELLO	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> AVANZATO
<input type="checkbox"/> INFORMATICA	LIVELLO	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTERMEDIO	<input type="checkbox"/> AVANZATO

presso la sede di _____

SOLO PER I CORSISTI NON COMUNITARI

DICHIARO DI ESSERE FORNITO DI REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITÀ O DOCUMENTO EQUIVALENTE AI FINI DELL'ISCRIZIONE CHE ALLEGO IN FOTOCOPIA

I dati personali forniti verranno trattati nel rispetto del D.L. 30.06.2003 n. 196

_____, _____

FIRMA del Dichiarante
(di un genitore se minorenni)

N.B. Per tutti i corsi è previsto un contributo d'iscrizione a partire da € 30,00 (trenta/00 euro) comprensivo di assicurazione