



CPIA 1 PROVINCIA DI CAGLIARI

Via Bligny, 2 – 09122 CAGLIARI

Tel. 070/4620932 – fax 070/ 2080148 C.F. 92229660920 – cam202003@istruzione.it

DOMANDA D'ISCRIZIONE AI CORSI DI AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA a.s. 2018 - 2019

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 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"/> TEDESCO	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	
Numero permesso di soggiorno/N° richiesta permesso di soggiorno	_____
Validità fino al (data)	_____ . (Allegare Copia)

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

_____, _____

FIRMA del Dichiarante
(di un genitore se minorenne)

N.B. Per tutti i corsi è previsto un contributo d'iscrizione, comprensivo di assicurazione, che Vi sarà comunicato dal docente interessato ad inizio di ogni corso