



Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università  
e della Ricerca



Regione Autonoma della Sardegna  
Assessorato del Lavoro,  
Formazione Professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



Istituto di Istruzione Superiore  
"Amsicora"  
sedi I.P.I.A. - I.P.A.A.  
Olbia



ISTITUTO DI FORMAZIONE  
DELL'API SARDA

# Scuola Integrazione Sardegna

## Domanda di iscrizione

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore di \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL PROPRIO FIGLIO**  
l'iscrizione al CORSO PER "OPERATORE DEL BENESSERE"

A tal fine, ai sensi degli articoli del D.P.R. n. 445/2000 e s. i. m., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s. m. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni

DICHIARA:

che il proprio figlio è nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
prov. di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_

che il proprio figlio è cittadino dello stato \_\_\_\_\_

che il codice fiscale del proprio figlio è il seguente \_\_\_\_\_

che il proprio figlio ha conseguito il diploma di scuola secondaria di primo grado presso  
la scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_,

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

di impegnarsi a far frequentare al proprio figlio il corso di cui all'oggetto per l'intero triennio.

Luogo e data

Firma per esteso del genitore:

\_\_\_\_\_

Firma per esteso dell'aspirante allievo:

\_\_\_\_\_

il sottoscritto autorizza l'Istituto Amsicora e l'Isfor Api al trattamento dei dati, anche su supporto informatizzato, ai soli fini istituzionali.

Firma per esteso del genitore:

\_\_\_\_\_

**Si allegano i seguenti documenti:**

***copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante in corso di validità***

***copia fotostatica di un documento di identità dell'aspirante allievo***

***Copia del diploma di licenza media***