**Domanda di iscrizione ai Percorsi di Secondo livello A.S. 2024/2025**

# AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER I SERVIZI DELL’ENOGASTRONOMIA E DELL’OSPITALITÀ ALBERGHIERA “S. P. MALATESTA” DI RIMINI**

l sottoscritt M F

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# CHIEDE L’ISCRIZIONE PER L’A.S. 2024/2025

Al percorso di Secondo Livello dell’indirizzo di studio:

# Tecnico dei servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera;

Articolazione : **ACCOGLIENZA TURISTICA**

Articolazione : **ENOGASTRONOMIA**

**PRIMO PERIODO**

**SECONDO PERIODO**

**TERZO PERIODO**

**CHIEDE**

# (ai fini della stipula DEL PATTO FORMATIVO INDIVIDUALE)

Il riconoscimento dei crediti, riservandosi di allegare l’eventuale relativa documentazione.

A tal fine. In base alle norme sullo snellimento dell’attività amministrativa, consapevole della

responsabilità a cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

# DICHIARA DI

essere nato/a a Prov il

essere cittadino/a:

essere residente: Prov. C.A.P.

indirizzo: N° \_ email: Cellulare:

*(solo se diverso da residenza)*

*(domiciliato in Via Comune Prov. Cap. )*

essere già in possesso del titolo di studio conclusivo del primo ciclo

chiedere il riconoscimento dei crediti, per il quale allega i seguenti documenti:

Non poter frequentare il corso diurno per i seguenti motivi (solo per i minori tra i 16 e 18 anni)

Di avere il seguente curriculum scolastico:

1. **Titolo di studio con validità su territorio nazionale (scuola media, superiore, qualifica, laurea) \_** Conseguito presso di Nell’anno scolastico durata anni del corso

# Titolo di studio conseguito in paese Extraeuropeo

Conseguito presso di

Nell’anno scolastico durata anni del corso

# Eventuali altri titoli di studio

Tipo di Scuola Durata anni se interrotto prima del termine indicare in quale anno

Frequenza Corsi di formazione professionale:

* + Ente organizzatore anno di frequenza Titolo del corso ore del corso
  + Ente organizzatore anno di frequenza Titolo del corso ore del corso

Curriculum lavorativo (esperienze di lavoro utili al fine del riconoscimento dei crediti)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONDIZIONE LAVORATIVA |  | Occupato |  | Disoccupato |  | Pensionato |

# Il sottoscritto allega alla presente

Titoli di studio Tassa scolastica versato all’Agenzia delle Entrate (€ 21,17 per il primo anno di iscrizione, € 15,13 per gli anni successivi al primo)

Contributo scolastico di € 200,00 tramite PagoPa (registro elettronico) € 100,00 alla presentazione della domanda, € 100,00 prima dell’inizio dell’anno scolastico)

Certificati del lavoro

Data Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) Il sottoscritto, presa visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi dell’articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione. (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Per studenti minorenni firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Data

Firma Firma