**Spett. le EITD S.R.L.**

**Via Vicinale Santa Maria del Pianto, 1**

**80143 Napoli**

**Oggetto: Domanda per l’ammissione al corso di Istruzione e Formazione Professionale - I Annualità – Anno scolastico 2024/2025 presso il CFP EITD srl - Codice Meccanografico NACF009006**

**DD N. 372/2023 approvato ed ammesso a finanziamento con DD N. 7 del 14/11/2023 –**

**Operatore del benessere indirizzo Erogazione dei servizi di trattamento estetico**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il quale esercita la patria potestà

**CHIEDE**

□ che il proprio figlio-a sia ammesso-a a partecipare/di essere ammesso-a a partecipare al percorso in oggetto.

e pertanto ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e informato su quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 e dal GDPR REGOLAMENTO (UE) 2016/679:

**DICHIARA[[1]](#footnote-1)**

□ che il proprio figlio è cittadino comunitario residente in Campania;

□ che il proprio figlio non ha assolto all’obbligo d’istruzione, cioè non ha frequentato 10 anni di scuola (scuola elementare + scuola media + 2 anni di scuola superiore);

*oppure*

□ che il proprio figlio ha assolto all’obbligo d’istruzione;

□ che il proprio figlio **NON** ha assolto il *diritto dovere all’istruzione formazione* cioè pur avendo frequentato 12 anni di scuola (scuola elementare + scuola media + 4 anni di scuola superiore) **NON** è in possesso di diploma di Istruzione superiore o di qualifica professionale;

**DICHIARA INOLTRE OBBLIGATORIAMENTE**

□ che il proprio figlio ha conseguito il titolo di Licenza media in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 □ che il proprio figlio per l’anno scolastico 2024/2025 è iscritto presso l’Istituto scolastico superiore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e da questo ne ha richiesto il nulla osta all’iscrizione ad un altro Istituto scolastico superiore /percorso alternativo equivalente, che allega alla presente;

□ che il proprio figlio possiede diagnosi di □ DSA; □ BES; □ H

La documentazione specifica verrà allegata all’atto dell’iscrizione, con relativa richiesta al Responsabile dell’Istituzione formativa di eventuale PDP/PEI

□ Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Specificare).*

**DOCUMENTI ALLEGATI**

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria (di chi firma la dichiarazione);
* Documentazione attestante lo stato di disoccupazione/inoccupazione dell’allievo beneficiario del percorso formativo rilasciato dal Centro per l’Impiego competente per territorio di appartenenza (solo se applicabile);
* Certificato di assolvimento dell’obbligo formativo (solo se applicabile);
* Nulla osta al trasferimento ad altro Istituto scolastico superiore (solo se applicabile);
* Certificato di invalidità rilasciato dall’ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili);

Diagnosi funzionale rilasciata dall’ASL di appartenenza correlata alle attività lavorative riferibili alla figura professionale del bando (per i candidati diversamente abili).

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data)

Firma del dichiarante, o in caso di minore, di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al d.lgs. n. 196 del 30/06/2003 e del GDPR REGOLAMENTO (UE) 2016/679.

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante, o in caso di minore, di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 1 (barrare le voci di interesse) [↑](#footnote-ref-1)