AGENZIA PROVINCIALE FROSINONE FORMAZIONE

*ATS "Abbattiamo la Dispersione"*

# *DOMANDA DI ISCRIZIONE*

***Sede didattica:*** **31° CTP per l'E.d.A – 3° Circolo Didattico Sora**
**Via Giuseppe della Monica snc – 03039 Sora (Fr)**

***Anno Formativo 2008/2009***

Il/La sottoscritto/a genitore/_____ Cognome_____Nome_____

residente in _____ Via _____

Tel. Abit. _____ Tel. Cell. _____ Tel. Lav._____

in qualità di genitore/_____ di _____ _____chiede che lo stesso/a venga

ammesso/a al progetto sperimentale integrato di contrasto alla dispersione scolastica

***"Abbattiamo la Dispersione" - AZIONE A: Percorso d'integrazione di minori stranieri***

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

Dichiara:

che l'allievo/a (cognome e nome) _____

- è nato/a _____ il _____ C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
- è di sesso F M
- è residente a _____ ☐☐☐☐☐ Prov.____
  in via _____
- è cittadino/a _____
- è in possesso del permesso di soggiorno per motivi di _____
- è soggetto ad obbligo formativo ☐ SI ☐ NO
- è soggetto disabile ☐ SI ☐ NO
- frequenta la scuola _____ di _____

Data domanda ____/____/_____

Firma del genitore (o di chi ne fa le veci) FIRMA DELL'ALLIEVO

_____ _____