



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

**Centro Provinciale Istruzione Adulti (CPIA)**

Via Santa Teresa, 30 - 20025 Legnano (MI) (ingresso via Monte Cervino)

[www.cpialegnano.gov.it](http://www.cpialegnano.gov.it) [MIMM0CF007@ISTRUZIONE.IT](mailto:MIMM0CF007@ISTRUZIONE.IT) [MIMM0CF007@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:MIMM0CF007@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Sedi Associate: **Rho**, Via Pomè, 25 - **Magenta**, via F.lli Caprotti, 4 - Sede carceraria di **Bollate**

## MODULO DI ISCRIZIONE 2015/2016 PERCORSI DI PRIMO LIVELLO

**Al Dirigente scolastico del CPIA 4 Milano**

Il/la sottoscritto/a

Cognome.....

Nome.....

Codice fiscale.....

**Chiede l'iscrizione ai seguenti CORSI DEL CPIA**

Sede di **Legnano**  **Rho**  **Magenta**

	I° periodo didattico (Licenza media)		
	II° periodo didattico (Biennio dell'Obbligo)		
Primo livello	Inglese	A1	B1
		A2	
	Informatica	Modulo 1 base	Modulo 3 avanzato
		Modulo 2 intermedio	
	Lingua Italiana	B1	C1
		B2	C2
	Matematica	Modulo 1	Modulo 3
		Modulo 2	Modulo 4
	Scienze naturali	Modulo 1	Modulo 3
		Modulo 2	Modulo 4
Storia e Geografia	Modulo 1	Modulo 3	
	Modulo 2	Modulo 4	

## Chiede ai fini della stipula del patto formativo individuale

Il riconoscimento dei crediti per i quali allega i seguenti documenti :

- Allega copia del permesso di soggiorno (per i cittadini non appartenenti all'UE)
- Esprime preferenza seconda lingua comunitaria .....
- Richiede potenziamento insegnamento lingua italiana (per adulti con cittadinanza non italiana)

### Dichiara di

Essere nato a.....il ..... Nazione.....

Di essere cittadino/a.....

Residente in via.....

Città.....

Numero di telefono.....cell.....

email.....@.....

### Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

leggi 15/1968, 127/1997, 131/198, DPR 445/2000)

Il sottoscritto presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione.

Indicare la fascia oraria desiderata :

mattino

pomeriggio

sera

Per accedere ai corsi è prevista una quota di iscrizione comprensiva di assicurazione infortuni da versare su C/C postale: **N°1022570905** o IBAN: **IT98 W076 0101 6000 0102 2570 905**

**Intestazione:** Centro Provinciale Istruzione Adulti - Legnano

**Causale:** *contributo volontario comprensivo di quota assicurazione RC ed infortuni*

### QUOTE

30 euro Primo livello I° periodo didattico (licenza media)

90 euro Primo livello II° periodo didattico (biennio dell'obbligo)

80 euro Percorsi annuali alfabetizzazione funzionale

30-50 euro Percorsi modulari alfabetizzazione funzionale

### INFORMATIVA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/03 - "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI".

Per svolgere i servizi richiesti, questa scuola rileverà e tratterà alcuni dati personali. Tali dati saranno acquisiti e trattati nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003 N. 196.

Saranno rilevati solo i dati strettamente necessari all'individuazione certa dell'iscritto/candidato I dati forniti potranno essere utilizzati in forma anonima per la stesura di statistiche ad uso del Centro Territoriale.

I dati raccolti saranno trattati in modo manuale e/o con l'ausilio di strumenti informatici, con le cautele previste dalla normativa e conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionali ed amministrative ed in ottemperanza alle vigenti normative. I dati personali non saranno comunicati ad altri enti, pubblici e/o a privati, se non nei casi previsti da leggi e regolamenti. I dati infine potranno essere diffusi esclusivamente nei casi previsti dalla legge.

Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto indispensabili all'attività del Centro *Provinciale Istruzione Adulti* L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporterà l'impossibilità di erogazione del servizio richiesto. Restano fermi i Vostri diritti di cui all'art. 7 e art. 13 della succitata legge.

Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico; Il Responsabile del trattamento è il DSGA.

Data

Firma \_\_\_\_\_

Per i minorenni la famiglia convivente è composta , escluso l'alunno iscritto, da:

Cognome e nome	luogo e data di nascita	parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del genitore per il minore \_\_\_\_\_

Firma congiunta se i genitori sono divorziati o separati; altrimenti , a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola le effettui comunicazioni più rilevanti, tra cui quelli relativi alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario. NB I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme della privacy, di cui al regolamento definito dal DM 7 dicembre 2006 n.305.