

Domanda di iscrizione ai percorsi di secondo livello A.S. 2025/2026

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IPSSCOA "S.P. MALATESTA" DI RIMINI**

____ I ____ sottoscritt _____ ☐ M ☐ F

CODICE FISCALE																	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'A.S. 2025/2026

Al percorso di secondo livello dell'indirizzo di studio:

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

☐ **ACCOGLIENZA TURISTICA**

☐ **ENOGASTRONOMIA**

☐ **SALA BAR**

☐ **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 (D.P.R. 445/2000),

DICHIARA DI

essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____

essere cittadino/a: _____

essere residente a _____ 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 sul territorio nazionale (scuola secondaria di I/II grado, qualifica, laurea) _____
_____ conseguito presso _____
_____ di _____ nell'anno scolastico _____
durata anni del corso _____

2. Titolo di studio conseguito in Paese extraeuropeo

conseguito presso _____ di _____
nell'anno scolastico _____ durata anni del corso _____

3. Eventuali altri titoli di studio

Tipo di scuola _____
Durata anni _____ (se interrotto prima del termine indicare in quale anno _____)

☐ Di aver frequentato i seguenti 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 versata all'Agenzia delle Entrate (€ 21,17 per il primo anno di iscrizione, € 15,13 per gli anni successivi al primo tramite bollettino postale, da intestarsi come segue: c/c n. 1016 Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Scolastiche);
- contributo liberale di € 237,00 tramite PagoPa;
- certificati del lavoro.

Data _____

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; D.P.R. 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