



APS CENTRO STUDI FORMAZIONE ATA DOCENTI

Corso Umberto In° 2-4
81033 Casal di Principe (CE)
P.IVA 04768200612

referente _____

Data _____



Il/La Sottoscritto/a ai sensi dell'Art. 46 DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste per dichiarazioni non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità: Dichiaro i seguenti dati anagrafici

CLIENTE

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Genere: Maschio Femmina

Indirizzo: _____

Città': _____ Stato: _____ Prov: _____ Cap: _____

Email: _____ Telefono: _____

Tipo di documento: _____ Numero: _____

Titolo di studio: _____

Con votazione _____ Presso l'istituto: _____

Chiede

Di essere iscritto ai seguenti corsi:



APS CENTRO STUDI FORMAZIONE ATA DOCENTI

Corso Umberto In° 2-4
81033 Casal di Principe (CE)
P.IVA 04768200612

referente _____
Data _____



CERTIFICAZIONE INFORMATICA

EIPASS 7 USER MODULI DIGCOMP EDU DIGCOMP 2.2 (ALFABETIZZAZIONE DIGITALE)

CERTIFICAZIONE DI LINGUA INGLESE ENTI CERTIFICATORE

LIVELLO B2 - LIVELLO C1 - LIVELLO C2 -

SKILL INFORMATICHE

LIM TABLET CODING ANIMATORE DIGITALE CYBERBULLISMO

MASTER CONCORSUALI

A 11- A12 A46 A 28 A18 A21

U.N.I.D.A.V. "UNIVERSITA TELEMATICA LEONARDO DAVINCI"

Master/Perfezionamento Corso Clil Inglese Corso Clil Tedesco

CORSI REGIONALI

O.S.A. (Operatore Socio Assistenziale) 300 h online

O.A.C. (Operatore Amministrativo Contabile) 300 h online

O.P.I. (Operatore dell'Infanzia) 300 h online 650 €

S.A.B. (Somministrazione Alimenti e Bevande) 90 h online ASACOM

(Ass. all'aut. e alla comunicazione disabilità) 500 h online

DATTILOGRAFIA (Convenzione con Ente Pubblico)

DIPLOMA (disponibilità e sede in base al momento dell'iscrizione)

CORSO DI LAUREA Indicare il Corso

Si precisa che il corso è interamente online,
per quanto riguarda l'esame è a
discrezione della
Regione se concederlo in modalità online o
meno

INVIARE MODULO FIRMATO A formazionedocenteataufficio@gmail.com E ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO TITOLO DI STUDIO E BONIFICO PER PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE.

IBAN- IT81 K360 9201 6004 6714 8705 193 CAUSALE: Orientamento iscrizione CODICE FISCALE ,CORSO

Firma _____

Data _____

Autocertificazione Titolo di Studio

(ai sensi dell'art. 46, D.P.R 445 del 28 dicembre 2009)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il giorno
__/__/____ e residente a _____ () in via _____,

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, dotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio: DIPLOMA _____

conseguito in data __/__/____

presso _____

con votazione _____

durata legale _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio: LAUREA _____

conseguito in data __/__/____

presso _____

con votazione _____

durata legale _____

luogo e data

Firma