



# 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: \_\_\_\_\_

Citta': \_\_\_\_\_ 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

DIGITAL COMPETENCE

DIGCOMP EDU

DIGCOMP 2.2 (ALFABETIZZAZIONE DIGITALE)

## CORSI REGIONALI

O.S.A. (Operatore Socio Assistenziale) 300 h online 400 €

O.A.C. (Operatore Amministrativo Contabile) 300 h online 400 €

O.P.I. (Operatore dell'Infanzia) 300 h online 400 €

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

(Ass. all'aut. e alla comunicazione disabilità) 500 h online 600 €

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

**DATTILOGRAFIA** (Convenzione con Ente Pubblico) 100

NOTE

**INVIARE MODULO FIRMATO A [formazionedocenteataufficio@gmail.com](mailto:formazionedocenteataufficio@gmail.com)  
E ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO TITOLO DI STUDIO E BONIFICO PER PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE.**

**IBAN ISTITUTI SANT'ANNA SRLS: IT6500560240170001000024890 (ente con cui si svolge il corso)  
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*

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000