

Percorsi integrativi OSS nel sistema IP

Cod. OCC.10401.19AA.0.0001.FOR

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

allievo/a dell'Istituto _____ di _____

preso atto che

- i corsi che saranno attivati sul progetto Percorsi integrativi OSS nel sistema IP saranno massimo 2;
- i posti disponibili per ciascun corso sono massimo 15;
- per essere ammessi al corso è necessario superare una selezione;

DICHIARO

di essere disponibile a frequentare il corso:

solo presso la sede corsi di Pollein (AO) sita in Località Autoporto 14/U;

in una delle due sedi corsi di Progetto Formazione site a Châtillon (AO) in Località Panorama 24 e a Pollein (AO) in Località Autoporto 14/U

Data

Firma

Firma del genitore (sono per alunni minorenni)
