Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI
TRIESTE

Al Dirigente Scolastico del CPIA di Trieste

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso a frequentare percorsi di istruzione e formazione per adulti istituiti per l'anno scolastico **2018/2019**

☐ **Lingua inglese**

Livello INTERMEDIO (B1)

Totale ore n.40
Costo € 50,00
A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, che rispondono a verità i seguenti dati concernenti la propria posizione anagrafica, scolastica e lavorativa:

Cognome _____ Nome _____ M F

Comune di nascita _____

Prov._____ Stato _____ Cittadinanza _____

Data di nascita _____ Età (anni) _____

Comune di residenza _____ (C.A.P. _____) (Prov. _____)

Indirizzo _____ N° _____, Telefono _____

Mail _____

Titolo di studio posseduto _____ (n° anni scolastici _____)

Anno scolastico nel quale il titolo di studio di cui sopra è stato conseguito _____

Condizione lavorativa (indicare se si è in una delle seguenti posizioni):

- ☐ **Non occupato**
- ☐ **Disoccupato**
- ☐ **Pensionato**
- ☐ **Occupato (in tal caso indicare):**

Allega:

1) *Copia del versamento **corsi Inglese B1** a parziale copertura dei costi del corso come previsto dal regolamento, da effettuarsi presso **qualsiasi sportello** della:*

Banca Monte dei Paschi IBAN: IT 08 J 01030 02230 000003983655
intestato a: CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI DI TRIESTE
causale: COGNOME NOME quota contributo iscrizione corso di INGLESE B1 a.s. 2018/2019

2) *Fotocopia documento di identità.*

IL PAGAMENTO DELL'INTERA QUOTA VA EFFETTUATA PRIMA DELL'INIZIO DELLE LEZIONI E LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO CONSEGNATA IN SEGRETERIA ENTRO LA SETTIMANA ANTECEDENTE L'INIZIO DEL CORSI.

Data _____ Firma _____

N.B. - La domanda deve essere compilata (stampatello o digitata) in ogni sua parte