AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IISS “RINALDO D’AQUINO”

MONTELLA (AV)

**Domanda di partecipazione al percorso di certificazione EIPASS**

Il/la sottoscritto/a Cognome…………..…………….Nome……………………………nato/a a …………..………………prov………

Il……………………………. Residente nel Comune di ……………………………………………………………………prov………………….

In via…………………………………………………………n………………..CAP………………..C.F…………………………………………………..

e-mail…………………………………………………………………tel………………………………. cell………………………………………………

OCCUPAZIONE

* **ALUNNO**
* **DOCENTE**
* **ATA**

**SE IL CANDIDATO E’ MINORENNE, INDICARE IL NOME DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTA’:**

COGNOME…………………………………………..NOME………………………………….nato/a………………………………il………………

**CHIEDE**

Di frequentare il corso di EIPASS-7 moduli della durata di 30 ORE o il corso di EIPASS Progressive della durata di 24 ORE.

La quota di partecipazione è di 160 euro procapite. La quota comprende (corso + certificazione).

Montella li,…………………………………………………

 FIRMA

 ………………………………………………………