



CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI DI UDINE

UDINE - CIVIDALE DEL FRIULI - CODROIPO - GEMONA DEL FRIULI - SAN GIORGIO DI N. - TOLMEZZO - PALMANOVA

Via Diaz n° 60 - 33100 UDINE (UD) - telefono 0432500634

Codice fiscale 94134770307 - Codice Scuola - UDMM098007

e-mail: UDMM098007@istruzione.it Posta certificata: - UDMM098007@pec.istruzione.it

Sito web www.cpiaudine.edu.it



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
CPIA 1 di Udine

OGGETTO: domanda di iscrizione ai percorsi di Primo Livello - Primo Periodo Didattico

Il/la sottoscritto/a _____ M F

Codice Fiscale _____

CHIEDE l'iscrizione, per l'anno scolastico 2026/2027, al seguente percorso di studio

Primo livello – Primo Periodo Didattico [in vista del sostenimento dell'Esame di Stato del 1[^] ciclo d'istruzione]

CORSO ANNUALE

CORSO BIENNALIZZATO

CHIEDE

NON CHIEDE

ai fini della stipula del Patto Formativo Individuale, il riconoscimento di eventuali crediti formativi e deposita la seguente documentazione:

Sede associata di _____

Ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità che assume per eventuali dichiarazioni mendaci (false)

DICHIARA

▪ di essere nat_ a _____ il ____ / ____ / ____

Stato _____

▪ di essere cittadin_ italiano/a ----- altra cittadinanza _____

▪ di essere residente a _____ (prov.) _____

Via/piazza _____ n. _____

di essere domiciliato a _____

Via/piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

E-mail _____ Pec _____

N.B. I cittadini non appartenenti all'Unione Europea devono produrre copia del permesso di soggiorno in corso di validità o attestazione di richiesta di rinnovo.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE PER CHI SI ISCRIVE AL PRIMO PERIODO DIDATTICO

Titoli ed esperienze di studio posseduti (riferiti allo Stato di provenienza):

Scuola primaria Diploma di scuola secondaria di I grado Biennio scuola secondaria di II grado

Diploma di qualifica professionale Diploma di scuola secondaria di II grado

Laurea o titolo equiparato _____

Altro titolo _____

Totale anni di scuola frequentati _____

Condizione lavorativa:

Occupato Non occupato (studente -- casalinga) Pensionato

Altro _____

Sezione per cittadini stranieri che chiedono iscrizione al Primo Periodo Didattico

Livello di conoscenza della lingua italiana (attestato già acquisito in precedenti corsi):

A0 A1 A2 B1 B2

Prima lingua _____ Seconda lingua _____

.....

In caso di indisponibilità di posti presso la sede associata sopra indicata si richiede l'assegnazione per lo svolgimento del corso alla seguente ulteriore sede associata al CPIA 1 di Udine:

sede richiesta _____

Indicazione di altra sede

- nessuna altra sede (in caso di indisponibilità di posti **non chiede di poter svolgere il corso altrove**)
- sede associata di Tolmezzo
- sede associata di Gemona del Friuli
- sede associata di Udine
- sede associata di Cividale del Friuli
- sede associata di Codroipo
- sede associata di San Giorgio di Nogaro

Criteria di precedenza – dichiarazioni per i soggetti vincolati dagli obblighi previsti dall'articolo 1, comma 316 della legge 29 dicembre 2022, n. 197

Ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità che assume per eventuali dichiarazioni mendaci (false) DICHIARA di trovarsi in una delle seguenti posizioni:

di essere soggetto appartenente alla fascia di età compresa tra diciotto e ventinove anni che non ha adempiuto all'obbligo di istruzione e di essere beneficiario/a dell'Assegno di inclusione (art. 3, comma 11 del Decreto-legge 4 maggio 2023 , n. 48 convertito con modificazioni dalla L. 3 luglio 2023, n. 85);

di essere soggetto appartenente alla fascia di età compresa tra diciotto e ventinove anni che non ha adempiuto all'obbligo di istruzione e di essere beneficiario/a del Supporto per la formazione e il lavoro (art. 12, comma 9 del Decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 convertito con modificazioni dalla L. 3 luglio 2023, n. 85).

.....

Documenti da allegare:

- Copia del documento di identità
- Copia del permesso di soggiorno in corso di validità o attestazione di nuova richiesta
- Modulo tutela della riservatezza
- Patto Educativo di Corresponsabilità
- Versamento premio assicurazione integrativa – eventuale versamento contributo volontario studentesco

Data _____ / _____ /202____ Firma _____