



ARDEA STUDIO FORMAZIONE E LAVORO
Sede Legale: Corso Vittorio Emanuele III, 51
Sede Didattica: Corso Vittorio Emanuele III, 51 Piano 2
89100 Reggio Calabria
Tel. 0965/1970819 Cell. 329/4526812 -
mail: direzione@ardeastudio.it - ardeastudio@pec.it
Cod. fiscale 92076680807 P. Iva 02815880808

DOMANDA DI PRESCRIZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ Cod. Fisc. _____

Tel. _____ Cell. _____

Mail: _____

CHIEDE

Di poter accedere alla frequenza del Corso per la qualifica professionale di **“COLLABORATORE NEI SERVIZI PER L' INFANZIA”**

A tal fine dichiara:

- di possedere il seguente titolo di studio: _____
 - anno di conseguimento _____
 - Votazione _____
 - Istituto _____

Formazione

Presso _____

Periodo dal _____ al _____ Ore _____

Qualifica/Certificazione ottenuta _____

Presso _____

Periodo dal _____ al _____ Ore _____

Qualifica/Certificazione ottenuta _____



ARDEA STUDIO FORMAZIONE E LAVORO
Sede Legale: Corso Vittorio Emanuele III, 51
Sede Didattica: Corso Vittorio Emanuele III, 51 Piano 2
89100 Reggio Calabria
Tel. 0965/1970819 Cell. 329/4526812 -
mail: direzione@ardeastudio.it - ardeastudio@pec.it
Cod. fiscale 92076680807 P. Iva 02815880808

Presso _____

Periodo dal _____ al _____ Ore _____

Qualifica/Certificazione ottenuta _____

Esperienza Lavorativa

Presso _____

Periodo dal _____ al _____

Presso _____

Periodo dal _____ al _____

Presso _____

Periodo dal _____ al _____

Stato di disoccupazione SI No

Il sottoscritto consente alla Ardea Studio Formazione e Lavoro che i propri dati forniti siano trattati ai sensi del D. Lgs 196/2003.

Data _____

Firma _____