

Certificato di qualità

**ISO 9001**

## Iscrizione al ciclo di studio parallelo all'esercizio di un'attività professionale (PAP)

Inizio: Anno scolastico 2024-25

### I. DATI PERSONALI

Cognome		Nome	
Data di nascita (giorno, mese, anno)		Attinenza (per stranieri: paese d'origine)	
Via/nr.		Nap	Domicilio
Telefono privato	Telefono professionale	Cellulare	Indirizzo e-mail

### 2. FORMAZIONE

#### Tirocinio professionale

Attestato federale di capacità come	Tirocinio <input type="checkbox"/> Triennale <input type="checkbox"/> Quadriennale	Data di ottenimento dell'attestato
Azienda presso la quale è stato svolto il tirocinio	Maturità professionale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data di ottenimento dell'attestato

#### Altre formazioni o corsi effettuati

(allegare copia dei certificati o attestati conseguiti)

	Periodo (dal ... al ...)

### 3. ESPERIENZE PROFESSIONALI

Attività	Azienda	Periodo (dal ... al ...)

### 4. INDIRIZZO DI STUDIO SCELTO

<input type="checkbox"/> Costruzioni meccaniche	<input type="checkbox"/> Elettrotecnica	<input type="checkbox"/> Tecnica di processo
---	---	--

## 5. OPZIONE LINGUA SECONDA

Indicare l'opzione preferita

- Lingua inglese       Lingua tedesca

Le lezioni di lingua seconda sono a carattere opzionale unicamente in presenza di sufficienti iscrizioni in entrambe le lingue. In caso contrario, l'opzione con maggiori iscrizioni diventa obbligatoria per tutti gli studenti.

## 6. DOMANDE CONCERNENTI LA PERSONA E L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Per consentire di farci un quadro possibilmente realistico della sua persona e della sua attuale situazione professionale, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande sinteticamente e in forma scritta su un foglio separato. Tutte le informazioni saranno trattate con assoluta discrezione.

- 6.1 Descriva la sua attuale funzione e la sua posizione nell'ambito professionale e indichi le caratteristiche dell'ambiente lavorativo in cui opera.
- 6.2 A quale evoluzione della sua attività lavorativa mira grazie al perfezionamento professionale che si accinge ad intraprendere?
- 6.3 Quali aspetti dell'offerta formativa che le propone la Scuola specializzata superiore di tecnica le interessano in modo particolare?
- 6.4 Come valuta le ripercussioni che la frequenza scolastica dei corsi e l'impegno personale nello studio potrebbero avere sulla sua situazione personale e professionale?

## 7. CONDIZIONI GENERALI

- 7.1 La tasa di frequenza è così stabilita:
  - studenti domiciliati in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein all'inizio degli studi, **CHF 800.-** al semestre (per 7 semestri);
  - studenti domiciliati all'estero **CHF 2'400.-** al semestre (per 7 semestri).
- 7.2 Le tasse semestrali devono essere pagate entro 30 giorni dall'emissione della relativa fattura.
- 7.3 In caso di abbandono della scuola durante il semestre, la tasa scolastica semestrale deve comunque essere versata integralmente e non sono previste restituzioni (parziali e/o totali) delle tasse già versate.
- 7.4 Il materiale didattico è di proprietà intellettuale della scuola o del docente incaricato. Vigono le disposizioni che reggono i diritti d'autore.
- 7.5 In caso di contestazione fa stato il foro di Bellinzona.
- 7.6 I percorsi di formazione sono istituiti in presenza di un numero minimo di 10 iscritti.

**Il/la sottoscritto/a conferma la veridicità ed esattezza delle informazioni fornite, accetta le condizioni generali sopra riportate e chiede di essere ammesso al ciclo di studio parallelo all'esercizio di un'attività professionale (PAP) della Scuola specializzata superiore di tecnica di Bellinzona.**

Luogo e data	Firma
--------------	-------

### ALLEGATI:

- a) Copia dell'attestato federale di capacità
- b) Copia della comunicazione delle note dell'esame finale di tirocinio
- c) Copia dell'attestato di maturità professionale (se conseguito)
- d) Per stranieri: copia permesso di domicilio
- e) Altri documenti allegati (indicare sotto)

---

---

---

Da inviare via posta oppure e-mail entro il **31 luglio 2024**, a:  
**Scuola specializzata superiore di tecnica di Bellinzona**  
CPT, Viale S. Franscini 25, 6501 Bellinzona, [decs-cpt.bellinzona@edu.ti.ch](mailto:decs-cpt.bellinzona@edu.ti.ch)

## 8. DA COMPILARE DAL DATORE DI LAVORO

Per consentire di farci un quadro possibilmente realistico dell'attuale situazione professionale del/la vostro/a collaboratore/trice, vi preghiamo di rispondere sinteticamente alle seguenti domande:

8.1 Vostra ragione sociale, Via, Località

---

---

8.2 Genere dell'attività attualmente svolta dal/la vostro/a collaboratore/trice

---

8.3 Posizione nell'azienda del/la vostro/a collaboratore/trice

---

8.4 Grado di occupazione attuale (ore settimanali) del/la vostro/a collaboratore/trice

---

8.5 Grado di occupazione previsto durante la formazione (ore settimanali) del/la vostro/a collaboratore/trice

---

8.6 Ritenete interessante la formazione SSST del/della vostro/a collaboratore/trice in relazione alla sua attività lavorativa presso la vostra azienda?

---

---

8.7 Prevedete una crescita in ambito lavorativo del/della vostro/a collaboratore/trice durante il periodo di formazione (assunzione di maggiori compiti e responsabilità, diverso inquadramento nell'organico ecc.)?

---

---

8.8 Ritenete che il/la vostro/a collaboratore/trice possa aspirare ad una posizione di quadro intermedio all'interno della vostra azienda?

---

---

8.9 La frequenza dei corsi e l'impegno richiesto nello studio personale si conciliano con l'attività e le responsabilità in azienda affidate al vostro/a collaboratore/trice?

---

---

**La direzione dell'azienda conferma la veridicità ed esattezza delle informazioni fornite e si impegna a permettere al/alla dipendente la frequenza regolare delle lezioni per tutta la durata della formazione. Certifica inoltre che l'attività professionale svolta dal/dalla suo/a dipendente avviene in un settore pertinente all'indirizzo di studio scelto e l'onere lavorativo è almeno pari al 50%.**

Luogo e data

Per l'azienda (timbro e firma legalizzata)