CE. SI. FO. P.

CENTRO SICILIANO PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

INVESTIAMO PER IL VOSTRO FUTURO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Interventi Formativi PROF Sicilia

Il...sottoscritto/a ..... nato/a il ____/_____/_____ a .....

e residente a .....prov.....via.....n. .....

recapito/i telefonico/i.....

cod. fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

.in possesso dei requisiti di accesso specificamente previsti per l'ammissione all'intervento formativo di seguito specificato,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza dell'intervento formativo n° ..... per (titolo) .....

.....

che sarà svolto durante l'anno formativo _____ presso la Sede Formativa ubicata nel Comune di _____,

via _____. tel _____ - fax _____

A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

☐ di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:.....;

☐ di essere in obbligo formativo;

☐ di trovarsi nelle condizioni previste dalla Legge 12/3/1999 n. 68;

☐ di essere residente in Sicilia;

☐ di essere disoccupato/a;

☐ di essere occupato/a presso .....;

☐ di impegnarsi a non frequentare contemporaneamente al presente intervento formativo altri corsi di Formazione Professionale;

☐ di non avere mai frequentato altri corsi di Formazione Professionale;

☐ di non avere frequentato in precedenza con esito finale positivo altro corso per il conseguimento di uguale qualifica;

☐ di avere frequentato altri interventi formativi:

N.	Denominazione corso	A.F.	Ente	Esito Finale
1				
2				
3				
4				

..l.. sottoscritt... dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento formativo e che in caso di soprannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, la stessa sarà oggetto di selezione.

Allega, pertanto:
(barrare la casella corrispondente al documento presentato)

- ☐ Dichiarazione di disponibilità sottoscritta presso il C.P.I. di _____
- ☐ Copia del titolo di studio
- ☐ Copia del codice fiscale
- ☐ Certificato di servizio
- ☐ Dichiarazione che l'orario di servizio non coincide con l'orario delle lezioni
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento
- ☐ Certificazione medica (per i soggetti nelle condizioni previste dalla Legge 12/3/1999 n. 68)
- ☐ Certificazione C.P.I anzianità disoccupazione/inoccupazione
- ☐ Autocertificazione per anzianità disoccupazione/inoccupazione

AUTORIZZAZIONE D. Lgs 196/2003

Dichiaro di essere informato/a ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n. 196 (codice privacy), relativamente al trattamento dei dati personali e ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 dello stesso riguardo all'esercizio dei diritti in esso previsti. Pertanto, ai sensi degli artt. 23 e 26 del codice privacy, esprimo il consenso al/ai trattamento/i dei dati personali e alle possibili comunicazioni e/o diffusioni

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

Titolare del trattamento: CE.SI.FO.P.

Allega, pertanto:
(barrare la casella corrispondente al documento presentato)

- ☐ Dichiarazione di disponibilità sottoscritta presso il C.P.I. di _____
- ☐ Copia del titolo di studio
- ☐ Copia del codice fiscale
- ☐ Certificato di servizio
- ☐ Dichiarazione che l'orario di servizio non coincide con l'orario delle lezioni
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento
- ☐ Certificazione medica (per i soggetti nelle condizioni previste dalla Legge 12/3/1999 n. 68)
- ☐ Certificazione C.P.I anzianità disoccupazione/inoccupazione
- ☐ Autocertificazione per anzianità disoccupazione/inoccupazione

AUTORIZZAZIONE D. Lgs 196/2003

Dichiaro di essere informato/a ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n. 196 (codice privacy), relativamente al trattamento dei dati personali e ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 dello stesso riguardo all'esercizio dei diritti in esso previsti. Pertanto, ai sensi degli artt. 23 e 26 del codice privacy, esprimo il consenso al/ai trattamento/i dei dati personali e alle possibili comunicazioni e/o diffusioni

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

Titolare del trattamento: CE.SI.FO.P.