



ALLEGATO A

DOMANDA DI AMMISSIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Spett.le EUROFORMAZIONE srl
83042 Atripalda (AV)
Via Vincenzo Belli, 47

Oggetto: *Domanda per l'ammissione al Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) **Tecnico delle produzioni tipiche e delle tradizioni enogastronomiche del territorio – Quarta edizione** - Cod. Uff. **205/4** – CUP **B19J21022770006** - Asse prioritario III "Istruzione e Formazione" OT 10 - OS 15 (RA10.6) Azione 10.6.2*

Nome e cognome			
Luogo di nascita			
Data Nascita			
Codice fiscale			
Luogo Residenza		CAP	
Indirizzo Residenza		nr	
<i>se diverso</i>			
Luogo Domicilio		CAP	
Indirizzo Domicilio		nr	
<i>recapiti</i>			
Telefono		Cell.	
Indirizzo mail			

CHIEDE

l' AMMISSIONE alle selezioni del corso in oggetto.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e informato su quanto previsto dal D.Lgs n. 101 del 10/08/2018 (GDPR – General Data Protection Regulation):

DICHIARA¹

- 1) di aver preso visione del bando e accettarne il contenuto;
- 2) di essere residente a

Luogo Residenza		CAP	
e, se diverso, domiciliato a			
Luogo Domicilio		CAP	

¹ (ove previsto, barrare esclusivamente le voci di interesse)

3) di essere nato il

Data Nascita	
--------------	--

4) di essere nel seguente stato lavorativo:

<input type="checkbox"/>	Inoccupato
<input type="checkbox"/>	Disoccupato
<input type="checkbox"/>	Occupato

5) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Conseguito presso	
indirizzo	
In data	

6) di non aver frequentato, negli ultimi 12 mesi, un corso finanziato dal F.S.E. conseguendo una qualifica professionale.

In caso di superamento delle prove di selezione il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione attestante i requisiti dichiarati.

Si allegano:

Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale.

Certificato di invalidità e diagnosi funzionale rilasciati dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).

Atripalda, _____
data

In fede

firma leggibile

Il/la sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali, esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D.Lgs n. 101 del 10/08/2018.

Atripalda, _____
data

In fede

firma leggibile