



## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLIEVI

### Avviso 8/2016 per la realizzazione di percorsi formativi di qualificazione mirati al rafforzamento dell'occupabilità in Sicilia

#### PO FSE 2014-2020 Asse I – occupazione Asse III – istruzione e formazione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
prov. di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ in possesso dei requisiti di  
accesso previsti per l'ammissione all'intervento formativo di seguito specificato,

### CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza del percorso formativo per **"OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE"** – settore strategico **"servizi socio assistenziali"** – Area Professionale **"Servizi alla persona"** – Sotto area professionale **"Servizi socio sanitari"** – n. domanda informatica 253- n. corso 1571 - n. edizione n. 3176- che sarà svolto durante l'anno formativo 2016/2017 dal C.E.S.MED. soc. coop. a.r.l. presso la sede occasionale ubicata nel Comune di Alessandria della Rocca (AG) via Pappagallo, 3 tel. \_\_\_\_\_, oppure 091/7910261 – n. fax 091/7910261 e-mail [info@cesmed.it](mailto:info@cesmed.it)

**A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:** (barrare le caselle che interessano)

- di essere cittadino/a italiano/a  altro (indicare nazionalità) \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio previsto dall'Allegato A "Elenco delle qualificazioni" dell'Avviso 8/2016 e cioè \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente o domiciliato in Sicilia;
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni;
- di essere soggetto in situazione di handicap;
- di essere immigrato con regolare permesso di soggiorno;

- di avere lo status di "rifugiato politico" con regolare permesso di soggiorno;
- di essere disoccupato/a;
- di essere inoccupato/a;
- di impegnarsi a non frequentare nello stesso anno formativo altri corsi di Formazione Professionale finanziati con denaro pubblico;
- di non avere conseguito in precedenza uguale qualifica;
- di avere frequentato, con esito positivo, altri interventi formativi di seguito elencati:

N.	Denominazione corso	A. F.	Ente
1			
2			
3			

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, 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.

Si allegano i seguenti documenti:

- fotocopia del titolo di studio richiesto dal corso o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- certificato di equipollenza del titolo di studio nei casi richiesti;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia del certificato di disponibilità al lavoro (art.2 c. 1 D. Leg.vo n. 181 del 21/04/2000 come modificato dall'art. 3 D. Leg.vo n. 297 del 19/12/2002 e succ. mod. ed integrazioni);
- foto formato tessera;
- fotocopia del documento di identità;
- certificazione AUSL (per i soggetti portatori di handicap)  Diagnosi Funzionale  Certificato idoneità
- certificato di qualifica o dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Firma \_\_\_\_\_

Protocollo domanda numero _____ del _____
---

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** ai sensi del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003, "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_, avendo ricevuto

dal personale addetto alle iscrizioni le informazioni previste dal D.L. 196 del 30/06/03 ed in particolare che i dati personali forniti nel presente modulo saranno trattati, anche mediante l'utilizzo di procedure informatiche e telematiche, esclusivamente a fini amministrativi/contabili e statistici per eventuali azioni di monitoraggio o follow-up, ai sensi del D.L. 196 del 30/06/03, autorizza espressamente l'Ente di formazione, nonché l'Assessorato Regionale dell'Istruzione e della Formazione Professionale – Dipartimento dell'Istruzione e della Formazione Professionale, l'Agenzia Regionale per l'Impiego e i C.P.I. territorialmente competenti, a trattare i dati personali sopra riportati.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_



## AVVENUTA PRESENTAZIONE DOMANDA DI ISCRIZIONE

(da consegnare all'interessato)

Si attesta che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ha presentato, in data odierna, la domanda di iscrizione al percorso formativo per **"OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE"** che si svolgerà presso la sede individuata in fase di progettazione del medesimo intervento, ubicata in Via del Pappagallo, 3 nel Comune di Alessandria della Rocca (AG).

Protocollo domanda numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'addetto al rilascio

\_\_\_\_\_