

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. 5141- che sarà svolto durante l'anno formativo 2016/2017 dal C.E.S.MED. soc. coop. a.r.l. presso la sede ubicata nel Comune di Palermo (PA) via Velasquez, 13/15 tel. 091/7910261 , fax 091/7910261 e-mail 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 Velasquez, 13/15 nel Comune di Palermo (PA).

Protocollo domanda numero _____ del _____

Timbro e firma dell'addetto al rilascio
