



Allegato A

POR Campania FSE 2014/2020 Asse 3 Istruzione e Formazione Obiettivo specifico 12 "riduzione del fallimento formativo precoce e della dispersione scolastica formativa" azione 10.1.7 "Percorsi formativi di IFP" D.D. 231/2018 "Avviso pubblico per il finanziamento di percorsi formativi leFP" aa. ss. 2019/2020 – 2020/2021 – 2021/2022 Bando di selezione per l'ammissione al Corso di n. 20 allievi per "Operatore della trasformazione agroalimentare" Codice Ufficio 114 - C.U.P.: B17118056650007

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
per l'ammissione al Corso di Istruzione e Formazione Professionale (leFP)
"Operatore della trasformazione agroalimentare"**

aa. ss. 2019/2020 – 2020/2021 – 2021/2022

Spett.le
Agenzia Formativa **I.R.Fo.M. soc. coop**
via SS. 7 Appia, 18 Tufara Valle
83016 Roccascaerana

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ Via _____
CAP _____ cittadinanza _____ Cod. Fiscale _____
Domiciliato in _____ Via _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

in qualità di
 Padre Madre Tutore Affidatario dell'allievo/a

nome e cognome dell'allievo _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ Via _____
CAP _____ cittadinanza _____ Cod. Fiscale _____
Domiciliato in _____ Via _____

Chiede l'ammissione dello stesso/a alle selezioni per l'accesso al corso di Istruzione e Formazione Professionale (leFP) per
Operatore della trasformazione agroalimentare
aa. ss. 2019/2020 – 2020/2021 – 2021/2022

A tal uopo dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiara:

- di preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;
- che l'alunno/a: _____ (nome e cognome) sopra generalizzato:
- è cittadino/a comunitario/a residente in Campania e/o di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- è in possesso della seguente condizione occupazionale:
 - disoccupato;
 - inoccupato;
- è in possesso del seguente titolo di studio Licenza Media conseguita nell'anno _____ presso _____
- NON è iscritto e non frequenta un corso finanziato di formazione professionale;
- è diversamente abile e necessita di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove in relazione al proprio handicap di cui allega certificato medico;

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Copia di documento d'identità in corso di validità;
- Copia del documento di identità del candidato minorenni;
- Copia del titolo di studio;
- Copia del Codice Fiscale;
- Permesso di soggiorno (per i candidati stranieri)
- Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza e diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL di appartenenza correlata alle attività lavorative riferibili alla figura professionale del bando (per i candidati diversamente abili);

(Luogo e data) _____ il dichiarante _____

Consenso ai sensi del D.Lgs.196/2003 (codice della privacy).

___ sottoscritt___ presta il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della legge 196 del 30/06/2003 così come modificato dal D.LGS n. 101/2018 nonché dal Reg. UE 679 del 27/04/2016 per lo svolgimento delle attività connesse alla gestione della presente candidatura.

Firma consenso al trattamento dei dati
