



Unione europea
Fondo sociale europeo



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



PERCORSI TRIENNALI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE IeFP
PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FSE SARDEGNA 2014-2020 – REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
CCI 2014IT05SFOP021 ASSE PRIORITARIO 3 – ISTRUZIONE E FORMAZIONE

MODULO DI ISCRIZIONE PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI QUALIFICA PER:

OPERATORE DEL BENESSERE – ACCONCIATURA – ORISTANO/SILÌ

**SPETT.LE I.FO.L.D.
VIA PERETTI 1B
09121 CAGLIARI**

IL/LA SOTTOSCRITTO.....

CODICE FISCALE.....

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO TRIENNALE DI 2970 ORE PER OPERATORE DEL BENESSERE –
ACCONCIATURA SEDE DI ORISTANO.....

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo di nascita Prov. Data di nascita.....

Luogo di residenza Prov. Via..... N.

C.A.P Codice fiscale Telefono abitazione.....

Cellulare E-Mail

Titolo di studio Conseguito il.....

Presso

LUOGO E DATA FIRMA PER ESTESO.....

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

LUOGO E DATA FIRMA DEL/DEI GENITORE/I (PER ESTESO)

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL GENITORE
- COPIA DELL'ATTESTATO DI LICENZA MEDIA
- COPIA DEL CODICE FISCALE DEL CANDIDATO E DEL GENITORE
- COPIA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO (SE EXTRACOMUNITARI)
- COPIA DELL'ATTO DI REGOLARITÀ DI SOGGIORNO (SE ALLIEVI COMUNITARI MA NON ITALIANI).