



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Oggetto: Domanda di partecipazione

Corso Istruzione e formazione professionale: Operatore del Benessere – Indirizzo Acconciatore

Sistema Duale - Codice Ufficio: 132 – CUP: B37I18076020007

P.O.R CAMPANIA FSE 2014-2020, Asse 3/Obiettivo Specifico 12/Azione 10.1.7

Regione Campania DGR n°624/2017 -DGR n°663/2017- D.D. n°231/2018 - D.D. n°1615 del 20/12/2018

Il/La sottoscritto/a Nato/a a (.....), il

Residente a (.....) Via CAP

Telefono E.mail Codice Fiscale

Genitore/Tutore

Il/La sottoscritto/a Nato/a a (.....), il

Residente a (.....) Via CAP

Telefono E.mail Codice Fiscale

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A a partecipare alla selezione del corso di cui all'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°196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali):

DICHIARA

- di aver preso visione del bando pubblico di selezione e di accettarne il contenuto
- di essere cittadino comunitario residente in Campania *ovvero* di essere in possesso di permesso di soggiorno
- di essere in possesso dei requisiti di partecipazione richiesti dal bando pubblico
- di non essere iscritta/o e/o di non partecipare ad altro percorso formativo regionale di formazione professionale
- di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove concorsuali in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui allega certificato medico

In caso di ammissione al corso il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la documentazione attestante i requisiti dichiarati.

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale
- Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del genitore/tutore
- Certificazione/Attestazione possesso requisiti di ingresso
- Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).
- Diagnosi funzionale correlata alle attività riferibili al bando (per i candidati diversamente abili).

(barrare esclusivamente le voci di interesse)

(Luogo e Data)

In fede

.....

.....

Firma del Genitore/Tutore

Che assevera le dichiarazioni ed informazioni fornite nella presente domanda, anche 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°196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali):

(Luogo e Data)

In fede

.....

.....