

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE

### CORSO DI QUALIFICA PROFESSIONALE OPERATORE DEL BENESSERE: ind. 1 - ACCONCIATURA

sede di Canosa Di Puglia (BAT) - Cod. Progetto: **IVTCVX1**

DATI ANAGRAFICI ISCRITTO/A			
COGNOME		NOME	
Nato/a a		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città)		CAP	
Indirizzo			
Domicilio (solo se diverso da residenza)			
Cellulare		Età	
Email (scrivere in stampatello)			
Titolo di studio		Data di conseguimento	
Scuola/Istituto scolastico (nome e sede)			
Ultimo anno scolastico frequentato, se abbandonato (indicare anno scolastico frequentato, Tipo di Istituto scolastico e sede)	Ultimo anno scolastico frequentato (es. 1° superiore) _____ Tipologia di Istituto scolastico di provenienza _____ Sede dell'Istituto scolastico di provenienza _____		
Sono un/una ragazzo/a che:	<input type="checkbox"/> nell'anno scolastico 201__/201__ ha conseguito il diploma di scuola secondaria di primo grado (licenza media)		<input type="checkbox"/> non ha compiuto il 18° anno di età
DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI (O ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE)			
<b>1° Genitore</b>			
COGNOME		NOME	
Data e luogo di nascita		Professione	
Telefono (fisso)		Cellulare	
<b>2° Genitore</b>			
COGNOME		NOME	
Data e luogo di nascita		Professione	
Telefono (fisso)		Cellulare	
Documenti consegnati	<b>ISCRITTO/A:</b> <input type="checkbox"/> Fotocopia documento di identità <input type="checkbox"/> Fotocopia codice fiscale <input type="checkbox"/> Fotocopia titolo di studio (licenza media inferiore) <input type="checkbox"/> Fotocopia nulla osta Istituto Scolastico di provenienza (necessario per allievi che risultano già iscritti presso un Istituto Scolastico superiore)		<b>GENITORI</b> (o chi ne ha la responsabilità genitoriale) <input type="checkbox"/> Fotocopia documento di identità <input type="checkbox"/> Fotocopia codice fiscale
Il/la sottoscritto/a dichiara di: <input type="checkbox"/> Autorizzare l'Associazione Form@llimac al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per i quali i dati sono raccolti ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/279). <input type="checkbox"/> AUTOCERTIFICARE la veridicità dei dati e delle informazioni			
Luogo e data _____, __/__/____ Firma _____			
Firma 1° genitore (o chi ne ha la responsabilità genitoriale) _____			
Firma 2° genitore (o chi ne ha la responsabilità genitoriale) _____			

Ricevuta di presentazione della domanda (compilata a cura di ASSOCIAZIONE FORM@LLIMAC-APS)

Data \_\_\_\_\_ Firma Associazione Form@llimac -A.P.S. \_\_\_\_\_

N°