



Spazio riservato alla Segreteria

N°

POC Puglia 2014-2020- Avviso pubblico "OF/2021 Offerta Formativa di Istruzione e Formazione Professionale - CULTURA e LEGALITA'" A.D. n°1704 del 27/10/2022 e pubblicato su BURP n° 123 del 10/11/2022.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE

CORSO DI QUALIFICA PROFESSIONALE OPERATORE DEL BENESSERE

sede di Canosa Di Puglia (BAT) - Cod. Progetto: **V88KED1**

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)

| | | | |
|-------------------------|--|-------------|--|
| 1° Genitore | | | |
| COGNOME | | NOME | |
| Data e luogo di nascita | | Professione | |
| Telefono (fisso) | | Cellulare | |
| 2° Genitore | | | |
| COGNOME | | NOME | |
| Data e luogo di nascita | | Professione | |
| Telefono (fisso) | | Cellulare | |

| | | |
|----------------------|--|--|
| Documenti consegnati | ISCRITTO/A: | GENITORI (o chi ne ha la responsabilità genitoriale) |
| | <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) | |

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

- 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).
 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°