



UNIONE EUROPEA



Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali



REGIONE PUGLIA

PUGLIA FESR-FSE 2014/2020
Il futuro alla portata di tutti



Associazione Promozione Sociale

Spazio riservato alla Segreteria

N°

--	--	--

POR Puglia FESR-FSE 2014-2020. Avviso Pubblico OF/2019 "Offerta Formativa di Istruzione e Formazione Professionale": A.D. n.1323 del 21/10/2019 pubblicato sul BURP n.125 del 31/10/2019. Graduatoria Approvata Deliberazione di Giunta Regionale n. 747 del 26/05/2020 e pubblicato sul BURP n.96 del 02/07/2020.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE CORSO DI QUALIFICA PROFESSIONALE OPERATORE DEL BENESSERE

sede di Canosa Di Puglia (BAT) - Cod. Progetto: **GRL4S61**

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: <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)		GENITORI (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°

--	--	--