DOMANDA DI ISCRIZIONE

Prot. n°. _____ del _____

All'**ECAP-TRAPANI**

_ l _ sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____ residente a _____ via _____ tel. _____ cellulare _____ chiede di essere ammesso alla selezione per la frequenza del corso di Formazione Professionale per _____
Titolo Progetto:_____ CIP_____
CUP_____ da svolgersi nell'anno formativo _____ presso il Vs Centro del Comune di _____.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, consapevole di incorrere nella decadenza dalla graduatoria, in caso di dichiarazioni mendaci,

A) Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

1) Licenza di Scuola Media Inferiore conseguita con la votazione di _____
2) Diploma di _____ conseguito con la votazione di _____
3) Attestato di _____ conseguito presso _____
4) Attestato di _____ conseguito presso _____
5) Attestato di _____ conseguito presso _____
6) Laurea in _____ conseguita con votazione di _____

B) Di essere iscritt__ nelle liste di disoccupazione del C.P.I. del comune di _____

C) di essere lavoratore occupato _____
con la seguente qualifica funzionale _____

D) Indicare se ha presentato analoga istanza per ammissione alla selezione di altri progetti. SI ☐ NO ☐
Se SI quali? _____

E) Di non frequentare, contemporaneamente, altri corsi di Formazione Professionale

F) Di possedere redditi soggetti a ritenuta I.R.P.E.F. _____ SI ☐ NO ☐

G) Di essere un soggetto portatore di handicaps _____ SI ☐ NO ☐

Alla presente allega la seguente documentazione:

☐ Fotocopia del titolo di studio richiesto
☐ Fotocopia del documento di riconoscimento fronte/retro in corso di validità
☐ Fotocopia del codice fiscale
☐ Fotocopia Mod. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di disponibilità rilasciato dal C.P.I. competente
☐ Certificato di servizio con l'indicazione della data di assunzione, qualifica e orario di lavoro
☐ Certificato attestante l'esperienza professionale nel settore informatico
☐ Certificato medico rilasciato da _____ contenente la diagnosi e l'attestazione di idoneità alla frequenza del corso
☐ _____

_____ lì _____ **Firma** _____
(Per i minorenni firma dell'esercente la patria potestà)

Il sottoscritto/a _____ con riferimento al Dlgs 196 del 30/06/2003 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" – dichiara di essere stato informato delle finalità e delle modalità nel trattamento dei dati di cui sopra, oltreché di tutti i disposti di cui all'art. 13 comma 1 del Dlgs. 196/2003.Atal fine autorizza il trattamento dei dati nell'ambito dell'attività dell' ECAP- TRAPANI, nonché di quelle ad essa connesse e strumentali. Dichiara di essere a conoscenza dei diritti che in capo a lui sono riconosciuti dagli artt. 7 e 8 del Dlgs. 196/2003.

Firma _____