



Allegato A

Deliberazione G.R. n. 262 del 7/6/2016 – Deliberazione G.R. n. 23 del 17/01/2017 - D.D. n. 905 del 16/07/2018 - D.D. n. 1421 del 20/11/2018- Asse prioritario III “Istruzione e Formazione” OT 10 - OS 15 (RA10.6) Azioni 10.6.2 e 10.6.6 Capofila ATS Time Vision SCARL – Lean & Smart - Cod. Uff. 142/2 - CUP B84J16000030006

DOMANDA DI AMMISSIONE
al Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS)
“TECNICO ESPERTO DI INDUSTRIALIZZAZIONE E INNOVAZIONE DELLA FILIERA AEROSPAZIO”

__l __ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
_____ e residente a _____ (____) in via
_____ CAP _____ Telefono _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A a frequentare il Corso per “Tecnico Esperto di Industrializzazione e Innovazione della Filiera Aerospazio”

DICHIARA¹

ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n.445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, informato su quanto previsto dall’art.10 della Legge n. 675/1976:

- Di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto. Si riserva di consegnare, se risulterà iscritto al corso, pena decadenza, la documentazione richiesta.
- Di essere cittadino comunitario residente in Campania e/o di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno.
- Di essere occupato o inoccupato e/o disoccupato.
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____ o diploma professionale di tecnico (di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226, art. 20 c. 1 lettera c) o ammissione al quinto anno di _____ dell’istituto _____ (di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226, art.2 comma 5).



- Di non aver frequentato, negli ultimi 12 mesi, un corso finanziato dal F.S.E., conseguendo una qualifica 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.

¹barrare esclusivamente le voci di interesse

DOCUMENTI ALLEGATI

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.
- Fotocopia del Codice Fiscale.
- Autocertificazione del/dei titolo/i di studio posseduto/i
- Autocertificazione sulla condizione lavorativa
- Curriculum Vitae datato e sottoscritto.
- Certificato di invalidità e diagnosi funzionale rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

Firma

I sottoscritto/a_ autorizza l'Ente di formazione TIME VISION SCARL, al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per le disposizioni dell'art. 13 Regolamento EU 2016/679 e per gli effetti del decreto legge 196/2003 E S.M.I.

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

Firma

L'autenticazione si omette ai sensi delle leggi n. 127/97 e 191/98