Allegato A

Deliberazione G.R. n. 262 del 7/6/2016 – D.D. n. 5 del 08/07/2016 e D.D. n. 297 del 02/09/2016 - D.D. n. 307 del 14/09/2016 Programmazione triennale dei percorsi di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) II annualità – Asse prioritario III “istruzione e formazione”OT 10 - OS 15 (RA10.6) Azioni 10.6.2 e 10.6.6 - Capofila ATS S.E.T.A. - Salute, Enogastronomia, Turismo ed Agroalimentare - Cod. Uff. 189/2 - CUP B24J16000010006

DOMANDA DI AMMISSIONE

*al Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) II annualità*

*“Tecnico in Produzioni Agroalimentari Tipiche del Territorio e della Tradizione Enogastronomica e degli Impatti sulla Salute” 2° Edizione*

\_\_l \_\_ sottoscritt\_ \_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

DI ESSERE AMMESSO/A A FREQUENTARE il Corso per “Tecnico in Produzioni Agroalimentari Tipiche del Territorio e della Tradizione Enogastronomica e degli Impatti sulla Salute” 2° Edizione

**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.

**1***barrare 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

\_l\_ sottoscritt\_ autorizza l’Ente di formazione, al trattamento dei propri dati personali ai sensi della legge 196 del 30/06/2003

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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