



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Anno |_2_| _0_|_0_|_9_| Obiettivo |_1_| REGIONE PUGLIA

Titolo del corso:
"Operatore Socio Sanitario"

Riservato alla segreteria

Data di presentazione della domanda |__|__|__|__||__|__||

Nome _____

Cognome _____

N° Protocollo _____

POR PUGLIA 2000 – 2006 – Avviso n. 12/2009 - Asse III Mis. 3.8 azione a)

Progetto POR09038a17 approvato con D. D. n. 1015 del 29/06/2009 e pubblicato sul BURP n. 99 del 02/07/2009

Assessorato Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale – Area politiche per lo sviluppo, il Lavoro e l'Innovazione – Servizio Formazione Professionale

Cofinanziato dal F.S.E., Ministero del lavoro e Regione Puglia

Istituto gestore: E.C.I.P.A.



Il/La sottoscritto/a

COGNOME: _____ NOME _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE di partecipare al corso:

“Operatore Socio Sanitario”

A tal fine, conscio/a delle sanzioni previste per chi rende false o mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 4 della L. n. 15/68 e successive integrazioni

LUOGO DI NASCITA: _____ **PROVINCIA** (____)

DATA DI NASCITA: ____/____/____

di essere cittadino/a italiano/a e di risiedere a:

CITTA': _____ **PROVINCIA:** (____) **C.A.P.** _____

VIA: _____ **N°** ____

di essere domiciliato/a in⁽¹⁾:

VIA: _____ **N°** ____

CITTA': _____ **PROVINCIA:** (____) **C.A.P.** _____

di aver conseguito il seguente titolo di studio:

presso: _____

in data: ____/____/____ con la seguente votazione: _____

Esperienze lavorative attinenti al settore

Posizione ricoperta _____

Settore _____ periodo (dal/al) _____ / _____

Datore di lavoro _____

NOTE:

(1) Se diverso dal luogo di residenza

Esperienze lavorative attinenti al settore

Posizione ricoperta _____

Settore _____ periodo (dal/al) _____ / _____

Datore di lavoro _____

Esperienze lavorative attinenti al settore

Posizione ricoperta _____

Settore _____ periodo (dal/al) _____ / _____

Datore di lavoro _____

RECAPITI:

TEL. DOMICILIO: _____ / _____ TEL. CELLULARE: _____ / _____

TEL. FAX: _____ / _____ E-MAIL: _____

Come è giunto a conoscenza dell'intervento ?

- | | |
|--|----|
| 1. da manifesti o depliant | __ |
| 2. da internet (nome sito) _____ | __ |
| 3. dalla stampa quotidiana o spot radio televisivi | __ |
| 4. da centri Informagiovani e disoccupati | __ |
| 5. dal Centro per l'impiego pubblico | __ |
| 6. dal Centro per l'impiego privato | __ |
| 7. da informazioni acquisite presso la struttura che ha organizzato l'intervento | __ |
| 8. dagli uffici dell'Assessorato formazione e lavoro (Regione o Provincia) | __ |
| 9. dall'Agenzia del lavoro regionale | __ |
| 10. dagli insegnanti della scuola | __ |
| 11. da amici, parenti o conoscenti | __ |
| 12. dall'azienda presso cui lavoro | __ |
| 13. altro (specificare)..... | __ |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTI DI NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE
(resi ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e delle decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 del medesimo T.U.

DICHIARA

- di aver preso visione del bando;
- di essere a conoscenza che le date, orari e sede delle prove di selezione saranno comunicati dall'E.C.I.P.A. esclusivamente a mezzo sito internet <http://www.ecipabrandisi.it> e affissione presso la sede formativa di Viale Belgio n. 30, senza alcuna comunicazione individuale via posta;
- di autocertificare la veridicità dei dati e delle informazioni indicati nella presente domanda, allegando la copia del proprio documento di identità;
- di impegnarsi a consegnare, in caso di ammissione al corso, entro 2 giorni, dalla pubblicazione delle graduatorie di ammissione, pena la decadenza, la documentazione comprovante lo status, i requisiti e i titoli di studio professionali/lavorativi dichiarati nella presente domanda;
- di autorizzare l'ente al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti. (D.lgs. 196/03).

Dichiara altresì di allegare alla presente domanda i seguenti documenti in copia:

- documento di identità in corso di validità
- codice fiscale
- titolo di studio e attestati professionali nel settore di riferimento
- certificato di servizio del datore di lavoro
- certificato di residenza
- situazione di carichi di famiglia
- curriculum vitae firmato e datato in originale

in caso di selezioni saranno considerate le seguenti certificazioni

- certificazione ISEE
- certificazione appartenenza a categorie protette
- certificazione presenza nel nucleo familiare di portatore handicap (sup.al 66%)

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 Le forniamo le seguenti indicazioni:

- 1. I dati da lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;*
 - 2. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;*
 - 3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di suo interesse;*
 - 4. Titolare del trattamento è l'I.I.P. Istituto d'Istruzione Professionale;*
 - 5. In ogni momento lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo 196/2003.*
- La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.*

Luogo e Data

.....

Firma