



Deliberazione G.R. n. 262 del 7/6/2016 – D.G.R. n. 23 del 17/01/2017 - D.D. n. 1008 del 09/10/2019 – D.D. n. 142 del 20/02/2020 - Asse prioritario III "Istruzione e formazione"
OT 10 - OS 15 (RA10.6) Azioni 10.6.1-10.6.2-10.6.6-10.6.7 - Capofila ATS "Università Popolare del Fortore" - Cod. Uff. 166/3 - CUP: B35J16000050006

DOMANDA DI AMMISSIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

**Spett.le Università Popolare del Fortore
Contrada De Fenza
82028 - San Bartolomeo in Galdo (BN)**

Oggetto: Domanda di ammissione per la selezione al corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore "ESPERTO NELLA VALORIZZAZIONE DI PRODOTTI AGROALIMENTARI E DELLE LOCALI ENOGASTRONOMIE".

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____), il _____

e residente a _____ (____)

in via _____

CAP _____ Telefono _____ Cellulare _____

e.mail _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A a partecipare alla selezione del corso di cui all'oggetto.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e informato su quanto previsto dal D.lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali)

DICHIARA ¹

di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;

di essere cittadino comunitario residente in Campania;

di essere inoccupato disoccupato occupato;

¹ (barrare esclusivamente le voci di interesse)



Deliberazione G.R. n. 262 del 7/6/2016 – D.G.R. n. 23 del 17/01/2017 - D.D. n. 1008 del 09/10/2019 – D.D. n. 142 del 20/02/2020 - Asse prioritario III "istruzione e formazione"
 OT 10 - OS 15 (RA10.6) Azioni 10.6.1-10.6.2-10.6.6-10.6.7 - Capofila ATS "Università Popolare del Fortore" - Cod. Uff. 166/3 - CUP: B35J16000050006

- di aver conseguito il seguente titolo di studio _____
 in data _____ presso _____
- 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;
- Altro (*Specificare*) _____

In caso di superamento delle prove di selezione il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione attestante i requisiti dichiarati.

DOCUMENTI ALLEGATI

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del tesserino codice fiscale*
- Curriculum vitae*
- Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).*
- Diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL di appartenenza correlata alle attività lavorative riferibili alla figura professionale del bando (per i candidati diversamente abili).*

(Luogo e data)

In fede

Il/la sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al d. lgs n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

(Luogo e data)

In fede
