



Unione europea
Fondo sociale europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



FSE 2014-2020

POR
SARDEGNA

AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE

“Percorsi triennali di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP)”

Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 Regione Autonoma della Sardegna
CCI 2014IT05SFOP021 Asse prioritario 3 – Istruzione e formazione

aggregazioni

Mettiti in gioco e scegli il tuo futuro

MODULO DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ IL _____

CF _____

IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DI _____

CODICE FISCALE _____

RICHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO:

CORSO (indicare solo una preferenza)	ORE	SEDE FORMATIVA	PR.
<input type="checkbox"/> OPERATORE DELLA RISTORAZIONE - INDIRIZZO: SERVIZI DI SALA E BAR	2970	Pula-Forte Village	CA
<input type="checkbox"/> OPERATORE DELLA TRASFORMAZIONE AGROALIMENTARE – INDIRIZZO: LAVORAZIONE CARNI	2970	Selargius Su Planu	CA
<input type="checkbox"/> OPERATORE DEL BENESSERE – INDIRIZZO: ESTETICA	2970	Oristano	OR
<input type="checkbox"/> OPERATORE DELLA RISTORAZIONE - INDIRIZZO: SERVIZI DI SALA E BAR	2970	Olbia	OT

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE

Che l'allievo/a è nato/a a _____ prov. _____
il _____

Luogo di residenza _____ prov. _____ via _____ n. _____





Unione europea
Fondo sociale europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



CAP _____ N. Telefono _____
e-mail _____

Dichiara inoltre che l'allievo:

- ha preso visione dell'Avviso pubblicato sul sito www.aggregazioni.net;
- ha conseguito la Licenza Media presso l'istituto _____ con sede in _____;
- frequenterà le ore destinate alla religione NON frequenterà le ore destinate alla religione ma opta per i laboratori alternativi previsti dal piano didattico;
- ha preso visione nel sito www.aggregazioni.net del patto formativo e del regolamento didattico accettandolo integralmente;
- ha preso visione nel sito www.aggregazioni.net del Regolamento convittuale (ove previsto) accettandolo integralmente;
- ha preso visione ed autorizza il RT al trattamento dei dati nel sito www.aggregazioni.net della Informativa sulla privacy ai sensi Del D.- Legislativo 196 del 2003;
- non sta frequentando, attualmente, un altro corso di formazione professionale finanziato dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Motivi di esclusione:

- Domanda pervenuta senza i documenti richiesti: documenti identità, copia del Diploma licenza media, copia permesso soggiorno (se extra comunitario), copia atto regolarità di soggiorno (se comunitario non italiano).
- Domanda compilata in modo parziale o non conforme.
- Domanda inviata con modalità differenti rispetto a quelle previste nell'avviso.
- Domanda pervenuta oltre le ore 18.00 del 9 gennaio 2017 (NON fa fede il timbro postale).
- Assenza dei requisiti indicati nell'avviso.
- Assenza delle firme del candidato e del genitore.

Indicare i recapiti del genitore/tutore

Città _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

n° _____ Telefono fisso _____ n° cellulare _____

e-mail _____

Luogo

Data

Firma per esteso genitore/tutore**

Firma per esteso allievo**

**** Firme obbligatorie pena l'esclusione**





Unione europea
Fondo sociale europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità genitore/tutore*
2. Fotocopia del documento di identità in corso di validità allievo*
3. Copia del Diploma di Licenza media*
4. Copia del permesso di soggiorno (se Extra comunitari)*
5. Copia dell'atto di regolarità di soggiorno per gli aspiranti allievi comunitari ma non italiani ai sensi del d.Lgs n. 30 del 6 febbraio 2007*

*Documenti obbligatori pena l'esclusione

D.Lgs 30/06/2003 n.196 - Codice Privacy: I dati forniti verranno protetti con adeguate misure di sicurezza dai rischi di perdita, distruzione, accessi non autorizzati ed utilizzati ai soli scopi di attività didattica e di monitoraggio

Autorizzazione al trattamento dei dati

Titolare del trattamento è l'RT

Con la firma apposta sulla presente, si manifesta il proprio consenso ai sensi della Legge 196/2003 e successive integrazioni e modificazioni ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione e analisi, comunicazione agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata dal sottoscritto

SI - NO

Firma per esteso genitore/tutore**

Firma per esteso allievo**

Autorizzazione al trattamento dei dati a fini di ricerca e studio

Con la firma apposta sulla presente, si autorizza ad essere contattati dallo IAL a 6 mesi e a 1 anno dalla fine del corso al fine di rilevare l'impatto che la formazione ha o ha avuto sul proprio percorso personale e professionale. I dati raccolti saranno elaborati e trattati in forma aggregata.

SI - NO

Firma per esteso genitore/tutore**

Firma per esteso allievo**

** Firme obbligatorie pena l'esclusione