



Domanda di Ammissione e Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

Allegato A

Spett.le AS.FOR.IN.
Via F.lli Bisogno, 27
83100 Avellino

Oggetto: DGR1062/09 Piano Regionale IFTS 2009-2013 Attuazione Poli Formativi
Polo Formativo IFTS : MESOGHEA Cod. UFF. 02
Domanda di ammissione alla selezione per il corso:
“ TECNICO SUPERIORE PER L’ORGANIZZAZIONE ED IL MARKETING DEL TURISMO INTEGRATO “

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____
il _____ e residente a _____ Prov. _____
in via _____ n. _____ CAP _____
e-mail _____ Telefono _____ Cellulare _____ 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 e dati personali):

DICHIARA

di aver preso visione del bando di selezione e di accettare il contenuto
 di essere cittadino comunitario residente in Campania **ovvero** di essere in possesso di permesso di soggiorno
 di essere in stato di inoccupazione **ovvero** di essere in stato di disoccupazione
 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 si 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 di cui al d.lgs n. 196 del 30/06/2003.

(Luogo e data)

In Fede
