



POR CAMPANIA FSE 2007/2013. Direzione Generale per l'istruzione, la formazione, il lavoro e le politiche giovanili

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

per l'ammissione di 20 candidati al corso

"Tecnico della Valorizzazione e Promozione dei Beni e delle attività Culturali"

COD UFF. 31 - CUP B96G14001610006

Da compilare* in stampatello in ogni sua parte e sottoscrivere

Il/La sottoscritto/a

cognome	nome
---------	------

IIndirizzo

CAP	Comune	Prov
-----	--------	------

Luogo di nascita	Prov.	data di nascita
------------------	-------	-----------------

Codice Fiscale	Tel. fisso	Cell.
----------------	------------	-------

eMail _____@_____

Documento di riconoscimento	Numero documento	Data rilascio
-----------------------------	------------------	---------------

*TUTTI I DATI SONO OBBLIGATORI

CHIEDE

di essere ammesso a sostenere la prova di selezione relativa alle attività formative in oggetto.

Il sottoscritto dichiara:

- di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto;
- di non aver frequentato negli ultimi 12 mesi, un corso finanziato dall'FSE conseguendo una qualifica professionale;
- di non frequentare alla data di pubblicazione del presente Avviso, altra attività formativa finanziata dal FSE.
- di essere nel seguente stato occupazionale: disoccupato ; inoccupato (di non avere mai avuto rapporti di lavoro a tempo determinato e/o indeterminato);
- di aver conseguito la diploma/maturità nell'anno scolastico _____ con votazione ____/____ presso _____ ((indicare scuola)
- di allegare copia documento di identità
- di allegare copia dei titoli preferenziali di seguito elencati o autocertificazione ai sensi di legge per i titoli consentiti.

Per i candidati diversamente abili (contrassegnare con una x)

Il sottoscritto dichiara

- di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove selettive in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui allega certificato medico
- di allegare Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza i
- di allegare Diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL di appartenenza correlata alle attività lavorative riferibili alla figura professionale del bando

Titoli Preferenziali/Esperienze formative/lavorative (di cui al p. 6 del Bando di Selezione)

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

Saranno valutati solo i titoli pervenuti congiuntamente alla domanda.

Data _____

Firma: _____

Le informazioni fornite saranno trattate ai sensi della Legge 196/03 ed avranno validità di: Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Data _____

Firma: _____

Spazio da compilare, in presenza, il giorno della selezione dopo la procedura di riconoscimento.

Con la presente firma apposta in presenza, con valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiaro che tutti i dati riportati e inviati sono confermati e veritieri.

Data _____

Firma _____