



“AVVISO PUBBLICO A FAVORE DI DISOCCUPATI PER LA COSTITUZIONE DELL’OFFERTA DI PERCORSI DI QUALIFICAZIONE DI CUI ALLA LETT. B), COMMA 3, ART. 11 DELLA L. R. N. 22/20.”.

MODULO DI ISCRIZIONE AI PERCORSI FORMATIVI

con valenza di autocertificazione (ai sensi dell’art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

relativo ai seguenti percorsi:

CUP	CLP	DCT	Percorso	Provincia Sede Percorso
E21B20001380009	100103AFPQ200059	2020RLR22A06833	Web Designer	Cagliari
E41B20001890009	100103AFPQ200058	2020RLR22A06788	Web Designer	Sud Sardegna
E51B20001320009	100103AFPQ200060	2020RLR22A06834	Web Designer	Nuoro

Il/la sottoscritto/a _____
 (cognome) _____ (nome)

nato/a a _____ (città) _____ (prov.) il _____ (data di nascita)

Codice fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Chiede di essere ammesso/a al corso:
 (barrare una sola casella)

- Web Designer** (Durata: 600 ore - Sede: Cagliari)
- Web Designer** (Durata: 600 ore - Sede: Domusnovas)
- Web Designer** (Durata: 600 ore - Sede: Tortoli)



Si specifica che è possibile presentare domanda di ammissione a più di un percorso, dei tre previsti, inviando un modulo di domanda per ciascun corso. Tuttavia, anche qualora si risultasse ammissibili a più corsi, si potrà partecipare esclusivamente a uno solo.

A tal fine dichiara

consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Di essere residente o domiciliato in Sardegna presso:

Residenza

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____

Domicilio (da compilare solo se diverso da Residenza)

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____

Di essere nella seguente condizione occupazionale:

- Disoccupato in possesso della attestazione “Dichiarazione di Immediata Disponibilità” (DID) con data antecedente all’inoltro della domanda di partecipazione.

Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Diploma di scuola superiore
- Laurea di primo livello
- Laurea Magistrale/Specialistica/Quinquennale

Titolo di studio*: _____

Nome della scuola/università: _____

Sede: _____

Anno di conseguimento: _____

*Indicare il titolo di studio di grado più alto.



Dichiara inoltre:

- di non partecipare ad altri corsi di formazione professionale;
- di aver letto e di accettare integralmente le condizioni contenute nell'Avviso pubblico, di essere consapevole dei motivi di esclusione in esso specificati e delle modalità di selezione.
- di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e del G.D.P.R. (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R. 2016/679

Luogo e data _____

Firma per esteso

Si allegano al presente modulo:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità
- Copia del Codice Fiscale

Il presente documento deve essere compilato, stampato, firmato, scansionato e inviato tramite il form online presente sul sito www.insigniaformazione.com