



ALLEGATO A

DOMANDA DI AMMISSIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Spett.le EUROFORM srl
83042 Atripalda (AV)
Via Vincenzo Belli, 47

Oggetto: Art. 26 ex LEGE 845/78 - D.G.R. 180 del 28/01/2008
Domanda di ammissione alla selezione per il corso di Formazione di II Livello per
“TECNICO DELLA ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLE IMPRESE DI LOGISTICA E
TRASPORTO MERCI” - Progetto LOG.I.CA. - C.U. 3401/2F

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 *ovvero*
- di essere in possesso di permesso di soggiorno
- di essere in stato di inoccupazione *ovvero* di essere in stato di disoccupazione

¹ (barrare esclusivamente le voci di interesse)

- 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 trovarsi nella “condizione di disagio” prevista tra i requisiti di accesso al corso
- 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 (barrare le voci che interessano)

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del tesserino codice fiscale*
- Altro (specificare) _____*
- Certificato di invalidità rilasciato dall’ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).*
- Diagnosi funzionale riferita alla attività corsuale da svolgere rilasciata dall’ASL di appartenenza (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.

(Luogo e data)

In fede
