

 Sede di	CONTRATTO FORMATIVO - PREISCRIZIONE	MOD029	ED. 01
---	--	---------------	-----------

Alla Scuola di formazione del CIPA-AT
Via,
00000

Anno Formativo 200 /200

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	PR.	DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE	NAZIONALITÀ		
	<input type="checkbox"/> ITALIANA <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input type="checkbox"/> EXTRACOMUNITARIA <input type="checkbox"/> PERMESSO DI SOGGIORNO		

INDIRIZZO	LOCALITÀ con C.A.P.	PR.	TELEFONO
INDIRIZZO E-MAIL:			

TITOLO DI STUDIO	CONSEGUITO PRESSO	VOTAZIONE

CONDIZIONE LAVORATIVA		
<input type="checkbox"/> OCCUPATO <input type="checkbox"/> IN CERCA DI 1^ OCCUPAZIONE <input type="checkbox"/> ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITÀ	<input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> STUDENTE IN OBBLIGO SCOLASTICO	<input type="checkbox"/> CASALINGA <input type="checkbox"/> INATTIVO <input type="checkbox"/> DIRITTO/DOVERE ALL'ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE

CORSO DI FORMAZIONE RICHIESTO

Sono a conoscenza del progetto formativo del Corso di formazione _____ e delle condizioni di partecipazione allo stesso.

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti richiesti per la frequenza.

Sono altresì a conoscenza delle modalità di selezione descritte nel progetto formativo del Corso disponibile presso la Segreteria.

DATA

FIRMA del RICHIEDENTE

Consenso al trattamento di dati (D. Lgs. 196/03): il richiedente, contestualmente alla sottoscrizione della presente richiesta di iscrizione, dichiara di essere edotto, ai sensi del D. Lgs. 196/03 (c.d. Codice privacy) e successive modifiche, che i dati personali contenuti nella presente iscrizione, necessari per la registrazione dello studente, potranno essere utilizzati e comunicati per gli scopi consentiti dalla legge, quali la gestione del Corso di formazione e la sua rendicontazione presso l'Ente finanziatore. In relazione a quanto sopra il richiedente autorizza il trattamento dei propri dati, impegnandosi a comunicarne tempestivamente ogni variazione.

Inoltre, AUTORIZZA NON AUTORIZZA (scegliere l'opzione che interessa) la comunicazione a soggetti terzi interessati ad offrire opportunità di lavoro dei propri dati anagrafici, dei n. di tel. fisso e mobile e della qualifica posseduta:

DATA

FIRMA del RICHIEDENTE

In caso di esito positivo al test di ammissione, mi impegno a consegnare i seguenti documenti:

- Fotocopia documento d'identità e del codice fiscale**
- Fotocopia autenticata del titolo di studio (se laureati, con dichiarazione degli esami sostenuti)**
- Altri titoli (specificare):**