

RICHIESTA ISCRIZIONE CORSO

Il sottoscritto richiede di partecipare* al corso formativo: **“Il Restauratore oggi: Imprenditore D’Arte”** approvato dalla Regione Lazio con Determinazione D 2316 del 21/06/2010

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione falsa o mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

Dichiara quanto segue:

1. Dati anagrafici

Nome _____	Cognome _____		
Data di nascita _____	Stato Civile _____	Codice fiscale _____	
Città di nascita _____	Cittadinanza _____		
Residente in _____	via _____	cap _____	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____			
Tel. ab. _____	cell. _____	e mail _____	
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO			
Tipo di documento _____	N° _____	Rilasciato da _____	Scadenza _____

2. PER I CITTADINI STRANIERI :

Data di scadenza del Permesso di soggiorno _____	
Data richiesta di rinnovo del Permesso di soggiorno _____	
Data di rinnovo del Permesso di soggiorno _____	nuova scadenza _____
Grado di conoscenza della lingua italiana:	
◆ <i>comprensione:</i>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono
◆ <i>lettura:</i>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono
◆ <i>scrittura:</i>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono

Indicare giorni e orari di preferenza per la frequenza al corso**

- Dal lunedì al venerdì tre volte a settimana
 orari diurni orari pomeridiani

Allega:

- Fotocopia documento di riconoscimento
 Fotocopia codice fiscale
 Fotocopia permesso di soggiorno o della ricevuta di Richiesta di rinnovo (se cittadino extracomunitario)
 Autocertificazione Posizione Lavorativa (Allegato. A)
 Dichiarazione Sostitutiva Del Titolo Di Studio (Allegato. B)
 Curriculum Vitae

***L'ammissione al corso di formazione avviene previo accertamento dei requisiti previsti dal bando e previo superamento di eventuali prove preselettive e selettive (colloquio, test ..) effettuate da una apposita Commissione.**

La graduatoria degli idonei alla selezione sarà stilata sulla base dei requisiti posseduti e dell'esito delle prove selettive.

La domanda di ammissione al corso, redatta in carta semplice e con allegata la copia di un documento in corso di validità e la documentazione relativa al possesso dei requisiti richiesti, deve essere trasmessa unicamente a mezzo raccomandata a/r e pervenire entro il termine improrogabile del giorno 14/02/2011 ore 17.00 alla sede di ISPA LAZIO Via Giulia, 71 – 00186 Roma.

Per le domande consegnate a mano, il soggetto attuatore rilascerà, agli interessati, ricevuta recante la data di consegna. Le domande incomplete non verranno prese in esame.

**** Le preferenze espresse dal candidato verranno prese in considerazione compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Ente**

Data _____

Firma richiedente _____

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi e per effetto dell'art.10 e seguenti del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, è consapevole che i dati personali richiesti dall'ente I.S.P.A. – Istituto di Studi sui Problemi dell'Artigianato – Regionale del Lazio sono indispensabili ai fini istituzionali e saranno oggetto di comunicazione o diffusione solo ai soggetti che operano il controllo sull'attività corsuale. I dati forniti, utilizzati al fine di registrare la partecipazione al corso, saranno inseriti nella banca dati dell'Ente ISPA LAZIO e comunicati alla Regione Lazio per l'attivazione, gestione e rendicontazione del percorso formativo.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Data

Firma

(Leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE POSIZIONE LAVORATIVA

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (_____) Stato _____ il ____/____/____
C.F. _____ residente a _____ (____) in
Via _____ n. _____, Cap _____ domiciliato a _____
in Via _____ n _____, Cap _____

DICHIARA

*sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione falsa e mendace,
ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,*

di trovarsi nella seguente posizione lavorativa:

- In cerca di prima occupazione da 12 a 23 mesi;*
- In cerca di prima occupazione da 24 mesi in poi;*
- In cerca di nuova occupazione da meno di 6 mesi;*
- In cerca di nuova occupazione da 6 a 11 mesi;*
- In cerca di nuova occupazione da 12 a 23 mesi;*
- In cerca di nuova occupazione da 24 mesi in poi.*

Data

Firma

(Leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL TITOLO DI STUDIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ Stato _____ il _____ / _____ / _____

C.F. _____ residente a _____ Prov.(_____)

in _____ Via _____ n, _____, Cap _____

domiciliato a _____ in Via _____ n, _____, Cap _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace, ed ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Diploma di maturità
- Qualifica Professionale Post Diploma
- IFTS (Certificato di Specializzazione Tecnica Superiore)
- Diploma Universitario o Laurea
- Altro (Specificare) _____

Conseguito presso _____

Nell'anno _____

PER I CITTADINI STRANIERI :

Titolo di studio posseduto: _____ Conseguito presso _____ Nell'anno _____ Specificare se il titolo è stato tradotto in lingua italiana e/o riconosciuto dallo stato Italiano _____
--

Data

Firma

(Leggibile)