



RICHIESTA ISCRIZIONE CORSO

Il sottoscritto richiede di partecipare* al corso formativo: **“Nessuno e’ un’isola... Corso Di Formazione Per Operatori Socio Abilitativi Nell’ambito Dei Disturbi Dello Spettro Autistico”** approvato dalla Regione Lazio con Determinazione n B 1536 del 03/03/2011

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

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 11/11/2011 ore 12.00 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.

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:

- Inoccupato, in cerca di prima occupazione*
- Disoccupato, in cerca di nuova occupazione*
- Occupato: tipo di contratto _____ ore di impegno settimanale _____*

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:

LAUREA conseguita secondo gli ordinamenti didattici previgenti al d.m. 509/99 in :

Pedagogia (Facoltà di Magistero),

Scienze dell'Educazione,

Scienze della formazione primaria,

Psicologia

Altra laurea che, in base alla legge n. 56/1989, abbia consentito l'iscrizione all'albo degli psicologi

LAUREA triennale ai sensi del D.M. 509/99 e ai sensi del D.M. 270/2004 in

Scienze dell'Educazione e della Formazione (classe 18)

Educazione Professionale,

Logopedia,

Fisioterapia,

Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (classe SNT/2),

Scienze e Tecniche Psicologiche (classe 34);

LAUREA specialistica ai sensi del D.M. 509/99 e lauree magistrali ai sensi del D.M. 270/2004 in
Psicologia (classe LS 58);

Conseguita presso _____

Nell'anno _____

Votazione _____

Data

Firma

