



IDEEazioneImpres@  
SERVIZI ALLE IMPRESE E AGLI ENTI LOCALI

**Allegato A**

**Spett. Ideeazioneimpresa s.r.l.**  
**Via Nobel 2/3**  
**801031 Aversa (CE)**

**Legge 21 dicembre 1978 n.845 ex art.26**

**Domanda di selezione per l'ammissione di n. 20 allievi, al corso di formazione professionale di I livello per "Addetto al processo industriale di compostaggio" Cod. Uff. 2861/08" – Progetto FISAT Autorizzato e finanziato con Decreto Interministeriale n.60/CONT/V/2008**

Il/La sottoscritto/a :			
<i>(cognome)</i>		<i>(nome)</i>	
Nato/a il ___/___/___	a :	Pr.	
<i>(comune di nascita)</i>			
Stato di nascita :		Cittadinanza :	
Codice Fiscale			
Residenza :			
via/piazza/corso			
C.A.P. :	Tel.	Cell.	
<b>Domicilio (solo se diverso dalla residenza) :</b>			
<i>(via/piazza/corso.....)</i>			
Quartiere :	* Presso Famiglia oppure diversa indicazione del dichiarante ( <i>citofono, cassetta postale...</i> ) :		
Comune del domicilio :			Pr.
C.A.P. domicilio :	Tel.	Cell.	

**CHIEDE**

DI ESSERE AMMESSO/A A FREQUENTARE IL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI I LIVELLO "ADDETTO AL PROCESSO INDUSTRIALE DI COMPOSTAGGIO"

\_I sottoscritt\_ dichiara di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto. Si riserva di consegnare, se risulterà iscritto al corso, pena decadenza, la documentazione richiesta.

\_I sottoscritt\_ autorizza la società Ideeazioneimpresa Srl al trattamento dei propri dati personali ai sensi della legge n. 196 del 2003.

Allega alla presente:

- Dichiarazione di responsabilità (*Autocertificazione – Allegato B*) relativa al possesso dei requisiti per l'ammissione al corso
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale
- Curriculum vitae in formato europeo (sottoscritto e recante riferimento normativo sul trattamento dei dati personali ex D.lgs 196/2003 nonché autocertificazione di veridicità di quanto in esso contenuto, ex art. 47 del D.P.R. 445/2000);
- Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili);
- Diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL di appartenenza correlata alle attività lavorative riferibili alla figura professionale del bando (per i candidati diversamente abili)

In fede

(Luogo e data)

Firma



IDEEazioneImpres@  
SERVIZI ALLE IMPRESE E AGLI ENTI LOCALI

**Allegato B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Autodichiarazione)  
ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000. sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, informato su quanto previsto dall'art. 10 della Legge n. 675/1976:

**DICHIARA**

- di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_
- di essere disoccupato da oltre 24 mesi
- di essere inoccupato
- di essere residente nel territorio della Regione Campania
- di non aver conseguito nessuna qualifica professionale nei 12 mesi antecedenti alla presentazione della presente domanda

(Barrare con una X la casella corrispondente)

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\*L'autenticazione si omette ai sensi delle leggi n. 127/97 e 191/98 e successive modifiche

\*\*Allegare fotocopia di un documento d'identità