



**AVVISO PER IL FINANZIAMENTO DI "PERCORSI TRIENNALI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE (IeFP)"**  
**Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 - Regione Autonoma Della Sardegna - CCI 2014IT05SFOP021**  
**Asse Prioritario 3 – Istruzione e Formazione**

**MODULO DI ISCRIZIONE**

CON VALENZA DI AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi dell'Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono Abitazione \_\_\_\_\_ Telefono Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'AMMISSIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A - MINORE AFFIDATO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono Abitazione \_\_\_\_\_ Telefono Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**AL CORSO DI FORMAZIONE:**

<input type="checkbox"/>	<b>OPERATORE DEL BENESSERE - Acconciatura</b>	Cagliari, Via XXVIII Febbraio, 21
<input type="checkbox"/>	<b>OPERATORE GRAFICO - Multimedia</b>	Cagliari, Via Platone, 1/3
<input type="checkbox"/>	<b>OPERATORE DELLA RISTORAZIONE - Servizi di Sala e bar</b>	Cagliari, Via XXVIII Febbraio, 21
<input type="checkbox"/>	<b>OPERATORE GRAFICO - Multimedia</b>	Sanluri, Via Castello, 29

*Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità*

**DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A O MINORE AFFIDATO:**

- È RESIDENTE IN SARDEGNA
- È IN POSSESSO DELLA LICENZA MEDIA
- HA COMPIUTO 14 ANNI E NON HA COMPIUTO 17 ANNI D'ETÀ (OVVERO 16 ANNI E 364 GIORNI)

### DICHIARA INOLTRE:

- di aver preso visione dell’Avviso Pubblico e del Regolamento di Partecipazione e Selezione;
- di prendere atto che tutte le comunicazioni e le convocazioni relative alle Prove di Selezione e alle Graduatorie saranno disponibili esclusivamente sui siti [www.ciofsfpsardegna.it](http://www.ciofsfpsardegna.it) e [www.ierfop.org](http://www.ierfop.org) e presso le sedi cursuali;
- di essere consapevole che sono considerati **motivi di esclusione**:
  1. Assenza dei requisiti stabiliti dal bando.
  2. Compilazione parziale o difforme del modulo di domanda o utilizzo di formati diversi dal modello.
  3. Mancanza delle firme nella domanda e/o nella liberatoria per il trattamento dei dati personali.
  4. Assenza della fotocopia di un documento di identità in corso di validità del candidato e del genitore/tutore.
  5. Assenza della fotocopia del titolo di Licenza Media.
  6. Ricevimento della domanda e della documentazione richiesta oltre i termini di scadenza (farà fede la data di arrivo).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma per esteso (leggibile) Genitore/Tutore** \_\_\_\_\_

**Firma per esteso (leggibile) Candidato/a** \_\_\_\_\_

### **ALLEGATI OBBLIGATORI:**

1. Fotocopia del Documento di Identità in corso di validità leggibile in tutte le sue parti del genitore/tutore.
2. Fotocopia del Codice Fiscale (o tesserino sanitario) del genitore/tutore.
3. Fotocopia del Documento di Identità in corso di validità leggibile in tutte le sue parti del/la candidato/a.
4. Fotocopia del Codice Fiscale (o tesserino sanitario) del/la candidato/a.
5. Fotocopia del Titolo di Licenza media del/la candidato/a.

**Legge sulla privacy — INFORMATIVA.** Il CIOFS/FP SARDEGNA e lo I.E.R.F.O.P Onlus ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, la informano che i dati personali forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, lei potrà esercitare i diritti di cui all’art. 7 del D.Lgs n. 196/2003. L’eventuale rifiuto a fornirci i suoi dati personali e a darci l’autorizzazione per il trattamento di cui sopra comporta l’impossibilità dell’ammissione al corso.

**CONSENSO.** Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare e gestire attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Con la firma apposta sulla presente, inoltre, autorizza il personale del CIOFS/FP Sardegna e dello I.E.R.F.O.P Onlus espressamente incaricato ad avere accesso ai dati relativi alla valutazione, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, ai soli fini dell’attività concordata. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma per esteso (leggibile) Genitore/Tutore** \_\_\_\_\_