

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

per l'ammissione alla selezione al percorso di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP)
terza annualità finalizzato al conseguimento della qualifica di
"Operatore ai Servizi di Vendita"

Spett.le Agenzia Formativa

E I T D S.R.L.

Via Vicinale Santa Maria del Pianto, n.1 - 80143 Napoli

Centro Polifunzionale INAIL – Torre 6

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ alla Via/corso/piazza _____ n. _____ Tel. _____
Cell _____ e-mail _____

CHIEDE

L'ammissione dello stesso/a alla selezione per l'accesso al percorso di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP)
terza annualità finalizzato al conseguimento della qualifica di
"Operatore ai Servizi di Vendita"

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28.12. 2000 consapevole delle sanzioni civili, penali ed amministrative previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni false, mendaci o incomplete,

DICHIARA

- di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;
- di essere residente nella Municipalità 3 del Comune di Napoli e/o in municipalità limitrofe (indicare la Municipalità _____)
- di essere in possesso della seguente condizione occupazionale: disoccupato; inoccupato;
- di essere in possesso della licenza di scuola secondaria di I grado conseguita nell'anno _____ presso _____
- di aver frequentato almeno due anni di un istituto superiore o di un percorso IeFP;
- di non essere iscritto/a ad altri percorsi di istruzione/formazione al momento dell'avvio della procedura.
- di essere diversamente abile:
 - di essere in possesso dell'attestato di credito formativo ex art. 9 D.P.R. 122/2009);

Si allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria del candidato/a;
- certificato di assolvimento dell'obbligo formativo e/o nulla osta al trasferimento ad altro Istituto scolastico superiore (se applicabile);
- Per gli allievi disabili, certificazione rilasciata dell'ASL di appartenenza attestante la disabilità.

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE l'Agenzia Formativa E. I. T. D. SRL porta a conoscenza dei partecipanti alla selezione che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento selezione in oggetto. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Agenzia Formativa E. I. T. D. SRL secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dalla selezione;
3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Agenzia Formativa E. I. T. D. SRL con riferimento alla selezione;
4. il partecipante alla selezione, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
5. il titolare del trattamento dei dati è l'Agenzia Formativa E. I. T. D. SRL

Luogo, data _____

Firma del candidato _____