



Allegato A

D.G.R. n. 105 del 07.03.2023 – D.G.R. 119 del 14.03.2023 - D.D. n. 371 del 22.05.2023 Programmazione triennale dei percorsi di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) – Priorità 2 – “Istruzione e Formazione” OS ESO 4.6 – Linea di Azione 2.f.11 - Capofila ATS CONSORZIO FORMA A R.L. - Cod. Uff. 33 - CUP B54D23002720009

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
per l'ammissione al Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS)

TERRA+

**TECNICO SUPERIORE DEL MONITORAGGIO E DELLA GESTIONE DEL TERRITORIO
E DELL'AMBIENTE PER LA TRANSIZIONE ECOLOGICA E L'ECONOMIA CIRCOLARE**

DOMANDA DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Consegnare con una delle modalità indicate nel Bando

Spett.le
CONSORZIO FORMA a r.l.
SEGRETERIA Corso IFTS TERRA+

Il/la sottoscritto/a **nome e cognome**

luogo nascita _____ data _____

Residenza (via, n.) _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

C.F. _____

E_mail _____ Tel/cell. _____

PEC _____

CHIEDE

*di essere ammesso/a alla selezione per il “Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) **TERRA+** - “Tecnico Superiore **DEL MONITORAGGIO E DELLA GESTIONE DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE PER LA TRANSIZIONE ECOLOGICA E L'ECONOMIA CIRCOLARE**” a tal fine 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 dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e dal GDPR 679/16:*

DICHIARA

(BARRARE ESCLUSIVAMENTE LE VOCI DI INTERESSE)

Informazioni: Consorzio FORMA a r.l. - www.consorzioforma.it

e_mail: segreteriacorsoterra@gmail.com - amministrazioneforma@gmail.com – Tel. 349.8020180 (h. 10.00 – 14.00, LUN-VEN)

- Di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto**, e si impegna a consegnare, se risulterà iscritto al corso, pena decadenza, la documentazione richiesta;
- Di essere cittadino comunitario residente in Campania** e/o di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- Di non aver frequentato, negli ultimi 12 mesi, un corso finanziato dal POR F.S.E.**

RELATIVAMENTE ALLO STATO OCCUPAZIONALE, DICHIARA DI (BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA):

- Di essere inoccupato o disoccupato;

oppure

- Di essere occupato, full time oppure part-time

e in particolare di essere assunto presso l'azienda _____

avente sede legale in _____

Via _____ con contratto a tempo determinato ___ / indeterminato ___
(marcare la voce che interessa) con la qualifica di _____

- se determinato indicare il periodo: dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
- se indeterminato indicare la data di inizio rapporto di lavoro ___ / ___ / ___

**RELATIVAMENTE AL TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO, DICHIARA
(BARRARE ESCLUSIVAMENTE LA VOCE DI INTERESSE)**

- di essere in possesso del diploma di Istruzione secondaria Superiore conseguito in data ___ / ___ / ___ presso _____

- di essere in possesso del diploma professionale di tecnico (di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226, art. 20 c. 1 lettera c): _____

- di essere in possesso dell'ammissione al quinto anno del percorso liceale di _____

(di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226, art.2 comma 5).

- di **non** essere in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore.

A tal fine richiede accertamento delle competenze acquisite in precedenti percorsi di istruzione, formazione e lavoro successivi all'assolvimento dell'obbligo di istruzione (di cui al Regolamento adottato con decreto Ministro Pubblica Istruzione 22 agosto 2007, n. 139) allegando opportuna documentazione.

Se in possesso di laurea, oltre al diploma (sopra riportato) indicare:

Denominazione della laurea conseguita: _____

Livello: triennale magistrale specialistica a ciclo unico



Conseguita in data _____ / _____ / _____ presso l'Università

DICHIARA INOLTRE (barrare solo se interessa)

Di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove concorsuali in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui allega certificato medico

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA OBBLIGATORIA DA ALLEGARE

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.
- Fotocopia del Codice Fiscale.
- Curriculum Vitae datato e sottoscritto con specifica autorizzazione al trattamento dei dati.
- Eventuali certificazioni attestanti competenze linguistiche, informatiche e tecnico professionali

- Per i candidati diversamente abili
 - Certificato di invalidità e diagnosi funzionale rilasciato dall'ASL di appartenenza

Informativa ai sensi dell'art. 13, Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, CONSORZIO FORMA a r.l., Titolare del trattamento, con sede legale in Napoli, Via Bracco, 71 80134 la informa che i dati da Lei forniti volontariamente mediante la compilazione della scheda di partecipazione, vengono gestiti da CONSORZIO FORMA a r.l., insieme a quelli successivamente forniti per consentire lo svolgimento del corso a cui lei intende partecipare, per le finalità legate alla gestione del corso, per i servizi connessi al corso, nonché per le ordinarie attività amministrative e fiscali. I Suoi dati saranno utilizzati per tutta la durata del corso al quale lei partecipa e sino a che sussistano obbligazioni o adempimenti connessi all'esecuzione del rapporto con Lei in corso e saranno conservati dopo la conclusione del rapporto per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e, in ogni caso, per consentire al Titolare la difesa dei propri diritti.

Alcune informazioni possono essere comunicate, per le finalità di cui sopra, a soggetti terzi che intervengono nel nostro processo aziendale (ad es. consulenti, banche), e ad alcuni Enti pubblici, nei confronti dei quali la comunicazione di suoi dati risponde a specifici obblighi di legge, per consentire le verifiche amministrative e contabili funzionali alla partecipazione al corso.

Per avere piena chiarezza sulle operazioni che abbiamo riferito ed esercitare i diritti previsti (chiedere l'accesso ai suoi dati, chiedere l'aggiornamento o la rettifica o l'integrazione dei suoi dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco degli stessi, opporsi al loro utilizzo, ottenere la portabilità dei dati e proporre un reclamo all'autorità di controllo) può rivolgersi a CONSORZIO FORMA a r.l. al recapito sopra indicato.

Data, _____

Il/la sottoscritt_____ nat_ a _____ il _____

CF _____ con la sottoscrizione del presente modulo dichiara di aver

ricevuto e visionato l'informativa sul trattamento dei dati del CONSORZIO FORMA a r.l. sopra riportata.