



Deliberazione G.R. n. 262 del 7/6/2016 – D.D. n. 5 del 08/07/2016 e D.D. n. 297 del 02/09/2016 - D.D. n. 307 del 14/09/2016 Programmazione triennale dei percorsi di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) – Asse prioritario III “istruzione e formazione” OT 10 - OS 15 (RA10.6) Azioni 10.6.2 e 10.6.6 - Capofila ATS Form Retail srl - Cod. Uff. 122 - CUP B66J16001690006

Allegato A
FORM RETAIL SRL
Capofila ATS IFT Italian fashion Training”
Via Riviera di Chiaia, 124
80122 Napoli

Il/ La sottoscritto /a _____
 Nato /a a _____ il _____ C.F. _____
 residente in via/piazza _____ n _____
 Comune _____ C.A.P. _____ provincia _____
 (se la residenza è diversa dal domicilio)
 di essere domiciliato in via/piazza _____ n _____
 Comune _____ C.A.P. _____ provincia _____
 Telefono _____ cellulare _____
 Indirizzo email _____

Chiede
 di partecipare al corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS)
“Tecnico dello stile e promozione del brand Made in Italy”
Specializzazione nazionale IFTS di riferimento
Tecniche per la realizzazione artigianale del Made in Italy di cui al DI 7/02/2013

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (artt. 48-76 D.P.R. 445/2000)

dichiara:

- di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto
- di essere cittadino/a comunitario/a residente in Campania
- di essere inoccupato (in cerca di prima occupazione); disoccupato;
- di essere in possesso del titolo di studio di istruzione secondaria superiore: _____
 conseguito il _____ presso _____
 con la votazione di _____
- di essere in possesso di Qualifica professionale
 Indicare quale/i _____

- di essere in possesso di Certificazione IFTS
 Indicare quale/i _____



-
- di non aver frequentato, negli ultimi 12 mesi, un corso finanziato dal F.S.E., conseguendo una qualifica professionale
 - di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove concorsuali in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui si allega Certificato medico.

Allega:

- fotocopia di un valido documento di riconoscimento e codice fiscale;
- autocertificazione del/i titolo/i di studio posseduto/i;
- autocertificazione sulla condizione lavorativa;
- curriculum vitae in formato europeo datato e sottoscritto;
- per i candidati diversamente abili certificato di invalidità e diagnosi funzionale rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili)

_____ lì _____

(firma)

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs n. 196/2003

_____ lì _____

(firma)