



Allegato A

D.G.R. n. 105 del 07/03/2023 – D.G.R. n. 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 – Azione 2.f.11 PERCORSO A - Capofila ATS TIME VISION SCARL-
Cod. Uff. 31.2– CUP B84D25003690009

DOMANDA DI AMMISSIONE

al Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS)

**“AGRIBUSINESS CONSULTANT: TECNICO SPECIALIZZATO NELLA LAVORAZIONE E TRASFORMAZIONE
DELLE ECCELLENZE AGROALIMENTARI E NELLA VALORIZZAZIONE E
LA SOSTENIBILITA' DEL MADE IN CAMPANIA”**

___/___ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___) il
____ e residente a _____ (___) in via
____ CAP _____ Telefono _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A a frequentare il Corso per “Agribusiness Consultant: Tecnico Specializzato nella lavorazione e trasformazione delle eccellenze agroalimentari e nella valorizzazione e la sostenibilità del Made in Campania”

DICHIARA¹

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:

- 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.
- Di essere cittadino comunitario residente in Campania e/o di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno.
- Di essere occupato o inoccupato e/o disoccupato.
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____ o diploma professionale di tecnico (di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226, art. 20 c. 1 lettera e) o ammissione al quinto anno di _____ dell’istituto _____ (di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n.226, art.2 comma 5).



- 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 allega certificato medico.

¹ barrare esclusivamente le voci di interesse

DOCUMENTI ALLEGATI

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.
- Fotocopia del Codice Fiscale.
- Autocertificazione del/dei titolo/i di studio posseduto/i
- Autocertificazione sulla condizione lavorativa
- Curriculum Vitae datato e sottoscritto.
- Certificato di invalidità e diagnosi funzionale rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati)

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

Firma

I sottoscritto/a_ autorizza l'Ente di formazione TIME VISION SCARL, al trattamento dei propri dati personali ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per le disposizioni dell'art. 13 Regolamento EU 2016/679 e per gli effetti del decreto legge 196/2003 E S.M.I.

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

Firma

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