

Spett.le AGAPE Società Cooperativa Sociale Onlus
Via Figari, 7/Y Scala B
09131 – CAGLIARI

Oggetto: Corso di formazione per “**Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona**” rivolto a soggetti **che abbiano compiuto 18 anni e che abbiano assolto l’obbligo di istruzione - DOMANDA DI ISCRIZIONE**

___ 1 ___ sottoscritt ___ _____
Cognome Nome
nat ___ a _____ il _____
residente in _____ Via/P.zza _____ n. _____
Tel. Ab. _____ Cell. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____
Domicilio: Città _____ Via _____ n. _____ Tel _____
Se diverso dalla residenza

Chiede

Di poter essere ammesso alla frequenza del corso di **Qualificazione di 1° Livello di 600 ore** per “**Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona**” riconosciuto (Autorizzazione nr. 0042346 del 05/09/2012 Codice Corso 01.08.12/AGA/ASCUR/00-01) dalla Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale, Direzione Generale Servizio Programmazione e Gestione del Sistema della Formazione Professionale e istituito da AGAPE Società Cooperativa Sociale Onlus.

Ai sensi dell’art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 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. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

Dichiara

- Di aver compiuto 18 anni
- Di aver assolto all’obbligo di istruzione
- Di allegare alla presente i seguenti documenti
 - Copia del documento di identità
 - Copia del Codice Fiscale
 - Copia del Permesso di soggiorno (se Extracomunitario)
 - Copia dell’Atto di Regolarità di soggiorno (per gli aspiranti Allievi Comunitari ma non Italiani decreto legislativo n.30 del 6 febbraio 2007)

- di essere a conoscenza che l'assenza superiore al 30% delle ore complessive, comporta l'automatica esclusione dagli esami finali.
- In caso di rinuncia o di esclusione dagli esami finali, lo scrivente riconosce di non aver diritto ad alcun rimborso delle somme versate.
- Unitamente alla presente viene allegata fotocopia di bonifico bancario attestante il pagamento della quota d'iscrizione pari a € 300,00.

Data _____

Firma (per esteso) _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Data _____

Firma (per esteso) _____

Spazio riservato all'Amministrazione

La domanda è stata ricevuta in data _____ da _____

Documentazione mancante _____

Informazioni mancanti _____

Timbro e firma

La Domanda è stata Protocollata il _____ con il n. _____