



D O M A N D A D I I S C R I Z I O N E

Oggetto: FORMAZIONE PROFESSIONALE ANNUALITÀ 2015/2016. CORSI AUTOFINANZIATI. Corso Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona. Sede di Cagliari. Corso B354.16-01.

___ I ___ sottoscritt _____
cognome nome
 nat ____ a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / ____
 codice fiscale n. [][][][][][][][][][][][][][][][][][][][] residente nel comune di _____
 C.A.P. [][][][][][] Prov. _____
 in via/piazza _____ n. _____
 telefono n. _____ cellulare n. _____
 indirizzo e-mai _____

C H I E D E

di essere ammess__ a partecipare al corso di formazione professionale denominato **Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona per un totale di n. 600 ore avente sede formativa nel comune di Cagliari**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza di benefici,

D I C H I A R A

- di avere compiuto il 18° anno di età
- di essere residente in Sardegna

Si allega alla presente:

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- dichiarazione sostitutiva di certificazione

Luogo e data _____

Firma

Informativa sulla privacy. I dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni e sono necessari all'espletamento dei procedimenti per i quali sono richiesti; tali dati saranno utilizzati esclusivamente a questo scopo e conformemente a quanto prescritto dal D.lgs. 196/2000



Sede operativa:
 Via Is Mirrionis n. 189, 09122 Cagliari
 Tel. 070684071 Fax 070682968
 e-mail co-mete@co-mete.org

Sistema di gestione per la qualità
 conforme ai requisiti di ISO
 9001/UNI EN ISO 9001:2008





DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt. 46 e 48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Oggetto: FORMAZIONE PROFESSIONALE ANNUALITÀ 2015/2016. CORSI AUTOFINANZIATI. Corso *Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona*. Sede di Cagliari. Corso B354.16-01.

I _____ sottoscritt _____
 nat _____ a _____ cognome _____ nome _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____
 codice fiscale n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 residente nel comune di _____
 C.A.P.

--	--	--	--	--	--

 Prov. _____
 in via/piazza _____ n. _____

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000,

D I C H I A R A

di aver conseguito il seguente titolo di studio: _____ in data _____

di aver avuto le seguenti esperienze lavorative nel campo del sociale

1. Luogo di lavoro _____ periodo: dal _____ al _____

2. Luogo di lavoro _____ periodo: dal _____ al _____

3. Luogo di lavoro _____ periodo: dal _____ al _____

Luogo e data _____

Firma



Sede operativa:
Via Is Mirrionis n. 189, 09122 Cagliari
Tel. 070684071 Fax 070682968
e-mail co-mete@co-mete.org

Sistema di gestione per la qualità
conforme ai requisiti di ISO
9001/UNI EN ISO 9001:2008

