



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Oggetto: FORMAZIONE PROFESSIONALE ANNUALITÀ 2015. CORSI AUTOFINANZIATI. Corso *Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona*

___ 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-mail ___

CHIEDE

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 Tresnuraghes (OR)**

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,

DICHIARA

- ☐ 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. CORSI AUTOFINANZIATI. Corso *Addetto alle operazioni di supporto nella gestione domestica e di assistenza nella cura della persona*

____ I _____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ 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

