

TITOLO DELL'AVVISO PUBBLICO ED ESTREMI Avviso n.7 2023 PR FSE+ Sicilia 2021/2027

TITOLO DEL CORSO ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

SEDE Catania

ENTE DI FORMAZIONE Euro Soluzioni s.r.l.

DOMANDA DI ISCRIZIONE AGLI INTERVENTI FSE
La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome della/del richiedente

- sesso F M

- nata/o a _____ (provincia _____) il ____/____/____
Comune o Stato estero di nascita sigla

- residente a _____ (provincia _____)
Comune di residenza CAP sigla

via/piazza _____ n. _____

- domiciliata/o a _____ (provincia _____)
se il domicilio è diverso dalla residenza CAP sigla

via/piazza _____ n. _____

- codice fiscale

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

- cittadinanza _____ seconda cittadinanza _____

- telefono ____/____/____ cell. ____/____/____

- indirizzo di posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC) _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del 28/12/2000, n°445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt. 48-76 d.p.r.) nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.p.r. 28/12/2000 n° 445)

DICHIARA

- **di essere iscritta/o al Centro per l'impiego di** _____
dal (gg/mm/aaaa) _____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- 00 Nessun titolo
- 01 Licenza elementare
- 02 Licenza media
- 03 Diploma di istruzione secondaria di II grado
- 04 Qualifica professionale regionale
- 05 Diploma professionale
- 06 Laurea di primo livello (triennale)
- 07 Laurea magistrale/specialistica di II livello

- di essere nella seguente condizione sul mercato del lavoro:

- 01 Disoccupato
- 02 Inoccupato
- 03 Inattivo

La/il richiedente si trova nella/e seguente/i condizione/i di vulnerabilità (è possibile barrare una o più caselle):

- 01 Persona disabile Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa settoriale
- 02 Cittadino non comunitario Persona in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità
- 03 Nessuna condizione di vulnerabilità

Luogo e Data

Firma

N.B. Allegare i seguenti documenti:

- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia del Codice Fiscale
- Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro (DID) rilasciata dal Centro per l'Impiego
- Copia del titolo di studio o dichiarazione di equipollenza