



REGIONE SICILIANA  
Assessorato Regionale dell'Istruzione e  
della Formazione Professionale



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo

CIRCOLO ANSPI JASNA GORA



MINISTERO DEL LAVORO,  
DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI  
Direzione Generale per le Politiche  
per l'Orientamento e la Formazione

- Ammesso inizio corso       Non ammesso inizio corso       Ammesso dopo l'inizio del corso

Titolo dell'intervento formativo: **ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE**

Sede di: CAPRI LEONE (ME)      Ore: 16      Obiettivo: FP      PROF: 2011

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLIEVI

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il ...../...../..... a .....  
e residente a ..... prov. .... via ..... n. ....  
recapito/i telefonico/i ..... e-mail: .....  
C.F.: ..... in possesso dei requisiti di accesso previsti, per l'ammissione all'intervento formativo di seguito specificato,

### CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza dell'intervento formativo n° ..IF2011C0136 00003... nell'ambito del P.R.O.F. 2011 per **ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE** che sarà svolto durante l'anno formativo 2011 presso la sede di CAPRI LEONE(ME) via S. CECILIA n° 1

**A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ  
ai sensi degli Artt. 48-76 D.P.R. 445/2000:  
(barrare la casella interessata)**

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio: .....  
conseguito presso ..... nella città di .....
- di aver frequentato i/l seguenti/e anni/o scolastici/o dopo il conseguimento del diploma di scuola media inferiore: .....
- di aver assolto l'obbligo scolastico     di aver assolto l'obbligo formativo
- di essere soggetto in situazione di handicap
- di essere immigrato con regolare permesso di soggiorno
- di essere residente nella Regione Sicilia
- di essere lavoratore occupato (autonomo, dipendente pubblico, privato) o lavoratore disoccupato stagionale

- di impegnarsi a non frequentare contemporaneamente al presente intervento formativo altri corsi di Formazione Professionale
- di non avere mai frequentato, con esito positivo, altri corsi di Formazione Professionale
- di non avere frequentato in precedenza con esito finale positivo altro corso per il conseguimento di uguale qualifica

....I.... sottoscritt.... dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento formativo e che in caso di soprannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, la stessa sarà oggetto di selezione.

Allega, pertanto:

- Dichiarazione di disponibilità alla ricerca ed allo svolgimento di attività lavorativa ( ex mod.C/1)
- Copia del titolo di studio o dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Copia attestato di frequenza di ulteriori anni scolastici dopo il conseguimento del diploma di scuola media inferiore o dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Copia del Codice Fiscale
- Copia Certificato di Assolvimento dell'Obbligo Scolastico
- Certificato di Servizio
- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- Certificazione Medica (per i soggetti portatori di handicap)

..... li ..... Firma del richiedente .....

**DATI DELL' ESERCENTE LA POTESTA' SE TRATTASI DI ALLIEVO MINORENNE**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....a .....  
 nella qualità di ..... dichiara di esercitare la potestà sul/la richiedente .....  
 aspirante alla frequenza dell'intervento formativo per ... **ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE**.....  
 Estremi del documento di riconoscimento.....

Firma del genitore o di chi esercita la tutela sul minore  
 .....

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.L. 196 del 30/06/03**

*"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"*

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....a .....  
 avendo ricevuto dal personale addetto alle iscrizioni le informazioni previste dal D.L. 196 del 30/06/03 ed in particolare che i dati personali forniti nel presente modulo saranno trattati, anche mediante l'utilizzo di procedure informatiche e telematiche, esclusivamente a fini amministrativi/contabili e statistici per eventuali azioni di monitoraggio o follow-up, ai sensi del D.L. 196 del 30/06/03 autorizza espressamente l'Ente di formazione nonché l'Assessorato regionale al lavoro e l'Agenzia Regionale per l'Impiego a trattare i dati personali sopra riportati.

..... li ..... Firma dell'interessato o dell'esercente la potestà sul minore  
 .....



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo



CIRCOLO ANSPI JASNA GORA



REGIONE SICILIANA  
Assessorato Regionale dell'Istruzione e  
della Formazione Professionale



MINISTERO DEL LAVORO,  
DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI  
Direzione Generale per le Politiche  
per l'Orientamento e la Formazione

compilazione a cura del personale del CIRCOLO ANSPI JASNA GORA della sede operativa per  
**AVVENUTA PRESENTAZIONE DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Si attesta che ..... nato/a il ...../...../..... a .....  
ha presentato in data odierna domanda di iscrizione al corso per ... **ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE**.....  
presso la sede operativa di ...CAPRI LEONE (ME) via S. Cecilia n° 1..... Tel. ...0941958946.....

La domanda è stata protocollata con il n° ..... del .....

**Data e luogo** .....

**Timbro della sede e firma del ricevente**

**per ricevuta copia**.....