Cofinanziato dall'Unione europea

REGIONE PUGLIA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
Percorso triennale di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP)
"OPERATORE DEL BENESSERE – EROGAZIONE DEI SERVIZI DI TRATTAMENTO ESTETICO"
Codice progetto: 61EBD63D – CUP B84D26006630009
Sede: Via Massaia, 15 – Lecce (LE)

DATI DEL/DELLA PARTECIPANTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____ **Nome:** _____

Nato/a a: _____ **Prov.:** _____ **il:** _____

Codice fiscale: _____**Residente a:** _____

Prov.: _____ **CAP:** _____ **Via/Piazza:** _____

Telefono: _____ **E-mail:** _____

in qualità di candidato/a alla partecipazione al percorso,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per la partecipazione al percorso triennale di Istruzione e Formazione Professionale: **"Operatore del benessere – Erogazione dei servizi di trattamento estetico"** presso la sede E.F.A.L. Salento di Via Massaia, 15 – Lecce.

DICHIARAZIONE DEL GENITORE/TUTORE

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____ **Nome:** _____

Nato/a a: _____ **Prov.:** _____ **il:** _____

Codice fiscale: _____**Residente a:** _____

Prov.: _____ **CAP:** _____ **Via/Piazza:** _____

Telefono: _____ **E-mail:** _____

in qualità di:
☐ genitore
☐ tutore
☐ altro soggetto esercente la responsabilità genitoriale del/della minore sopra indicato/a,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni mendaci:

☐ che il/la candidato/a ha conseguito il diploma di scuola secondaria di primo grado presso _____ anno di conseguimento _____;
☐ che il/la candidato/a è di età inferiore a 18 anni alla data prevista per l'avvio delle attività didattiche;
☐ che il/la candidato/a non è in possesso di una qualifica professionale;
☐ che quanto dichiarato nella presente domanda corrisponde al vero;
☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico di selezione e di accettarne integralmente contenuti, condizioni e modalità;
☐ di essere consapevole che il possesso dei requisiti dichiarati sarà oggetto di verifica da parte di E.F.A.L. Salento.

EVENTUALI ESIGENZE PARTICOLARI

Il/La candidato/a presenta eventuali condizioni o esigenze che richiedano specifiche modalità di supporto o accompagnamento?
☐ NO
☐ SÌ – specificare: _____

La presente informazione sarà utilizzata esclusivamente per predisporre, ove necessario, adeguate misure di supporto e garantire la piena accessibilità al percorso.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E PRESA VISIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di essere consapevole che i dati forniti saranno trattati per le finalità connesse alla procedura di selezione, alla gestione del percorso formativo e agli adempimenti amministrativi previsti dalla normativa.

Dichiara inoltre di essere informato/a che la partecipazione al percorso è gratuita e che l'ammissione è subordinata all'esito della procedura di selezione e alla verifica del possesso dei requisiti previsti.

Luogo e data

_____

Firma del/la candidato/a

_____

Firma del genitore/tutore

_____