

DOMANDA D'ISCRIZIONE

La **REGIONE PUGLIA** con Determinazione del Dirigente Sezione Formazione Professionale del 24 Novembre 2015, n.1606 ha emanato l'“**AVVISO PUBBLICO PER LA CAMPAGNA STRAORDINARIA DI FORMAZIONE PER LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA, DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO**” ai sensi dell'art. 11, comma 7 D.Lgs n.81/08 in attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 20/11/2008 n.226/CSR.”

TALENTFORM Spa è risultato vincitore del bando col progetto cod. LUW4KI6 come da graduatoria di cui alla Determinazione del Dirigente Sezione Formazione Professionale del 5 Luglio 2016, n.563

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente in Via _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____ Tel. _____

Cell. _____ E-mail _____ @ _____

CHIEDE

di partecipare al corso: “Coltiviamo la sicurezza”

presso la sede di Taranto via Delle Cheradi n.5

A tal fine, conscio/a delle sanzioni previste per chi rende false o mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e degli artt. 1 e 3 del DPR 401/1998 e del D.L. n.109/98 e successive modificazioni ed integrazioni

▪ DI AVER CONSEGUITO IL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

TITOLO DI STUDIO	ISTITUTO	DATA
<input type="checkbox"/> LAUREA I LIVELLO O SPECIALISTICA		
<input type="checkbox"/> DIPLOMA DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE		
<input type="checkbox"/> DIPLOMA DI SCUOLA MEDIA		
<input type="checkbox"/> LICENZA ELEMENTARE		
<input type="checkbox"/> NESSUN TITOLO DI STUDIO		

▪ **DI AVERE IL SEGUENTE STATO OCCUPAZIONALE**

<input type="checkbox"/> Disoccupato (<i>chi ha perso lavoro e al momento non ha alcun tipo di contratto di lavoro in essere</i>), dal _____	
<input type="checkbox"/> Occupato	Fino al _____
Indicare tipologia contratto <input type="checkbox"/> di collaborazione <input type="checkbox"/> di somministrazione <input type="checkbox"/> a tempo determinato <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> occupato mantenendo lo stato di disoccupazione ai sensi del D.lgs. 181/00 <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> In mobilità	
<input type="checkbox"/> In cassa integrazione Guadagni	

▪ **DI AVERE MATURATO LE SEGUENTI ESPERIENZE LAVORATIVE**

RUOLO	DATORE DI LAVORO	PERIODO LAVORATIVO	N. ORE SETTIMALI
Lavoratore stagionale del settore agricolo		Dal _____ AD OGGI _____	(solo per i contratti in corso)
Lavoratore stagionale del settore agricolo		Dal _____ Al _____	(per i contratti conclusi)
Lavoratore stagionale del settore agricolo		Dal _____ Al _____	(per i contratti conclusi)
Lavoratore stagionale del settore agricolo		Dal _____ Al _____	(per i contratti conclusi)
Lavoratore stagionale del settore agricolo		Dal _____ Al _____	(per i contratti conclusi)

Il/la dichiarante AUTORIZZA il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs n.196/03.

In fede.

_____ (luogo e data)

_____ (il/la dichiarante)

Allega:

1. Fotocopia di un Documento di Identità Validato e fotocopia del codice fiscale;
2. Certificato/documentazione dello Stato Occupazionale con evidenza dei periodi lavorati.