



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



## MODULO DI DOMANDA

**AVVISO PUBBLICO “ATTIVITÀ INTEGRATE PER L’EMPOWERMENT, LA FORMAZIONE PROFESSIONALE, LA CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE, L’ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO, LA PROMOZIONE DI NUOVA IMPRENDITORIALITÀ, LA MOBILITÀ TRANSNAZIONALE NEGLI AMBITI DELLA GREEN & BLUE ECONOMY” - Linea 1 Tip. C**

**POR SARDEGNA FSE 2014-2020  
CCI 2014IT05SFOP021  
ASSE PRIORITARIO 1 – OCCUPAZIONE**

CUP	CLP	DCT
E27B16000850009	1001031853GC160007	2016C0S08

### LA BOTTEGA DELLE PROFESSIONI

#### Il sottoscritto

Cognome			
Nome			
Data		Luogo di Nascita	
Codice Fiscale			
Telefono			
Cellulare			
E-mail			

#### Chiede di essere ammesso al corso

La bottega delle professioni
------------------------------

#### Sede

	Oristano
	Ghilarza



**ARAFORM**  
AGENZIA PER LE RICERCHE E LE ATTIVITÀ NELLA FORMAZIONE

ARAFORM srl Agenzia per le ricerche e le attività nella formazione  
Partita Iva / Codice Fiscale 02785190923  
Via Bandello 12, 09131 Cagliari  
Tel. + 39 070 292545/482788 Fax + 39 070 2089600  
e-mail [agenziaaraform@gmail.com](mailto:agenziaaraform@gmail.com) pec [agenziaaraform@pec.it](mailto:agenziaaraform@pec.it)  
sito [www.araform.it](http://www.araform.it) - FB [www.facebook.com/araform](https://www.facebook.com/araform)



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



FSE 2014-2020

**POR**  
SARDEGNA

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

di essere residente o domiciliato in Sardegna presso

Residenza

Indirizzo	
Comune	
CAP	

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Indirizzo	
Comune	
CAP	

di essere in possesso del titolo di studio (Titolo minimo di accesso: Diploma di scuola media superiore)

Titolo di studio	
Sede	
Anno	

di essere nella seguente condizione occupazionale (barrare la casella)

<input type="checkbox"/>	inattivo	
<input type="checkbox"/>	inoccupato	
<input type="checkbox"/>	disoccupato	Dal ___/___/_____

di essere a conoscenza che l'ammissione al corso è subordinata al possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblico e che qualora il numero di domande valide risultasse superiore al numero di posti disponibili si procederà alla selezione dei candidati;

che non è possibile partecipare a più corsi nell'ambito del presente avviso;

di aver letto e di accettare integralmente le condizioni contenute nell'avviso pubblico ed è consapevole che la mancata presentazione degli allegati determina l'esclusione dalla procedura di selezione.



**ARAFORM**  
AGENZIA PER LE RICERCHE E LE ATTIVITÀ NELLA FORMAZIONE

ARAFORM srl Agenzia per le ricerche e le attività nella formazione  
Partita Iva / Codice Fiscale 02785190923  
Via Bandello 12, 09131 Cagliari  
Tel. + 39 070 292545/482788 Fax + 39 070 2089600  
e-mail [agenziaaraform@gmail.com](mailto:agenziaaraform@gmail.com) pec [agenziaaraform@pec.it](mailto:agenziaaraform@pec.it)  
sito [www.araform.it](http://www.araform.it) - FB [www.facebook.com/araform](https://www.facebook.com/araform)



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



FSE 2014-2020

POR  
SARDEGNA

di prendere atto che tutte le comunicazioni e le convocazioni relative alle Prove di Selezione e alle Graduatorie saranno disponibili esclusivamente sul sito [www.araform.it](http://www.araform.it)

di essere consapevole che sono considerati motivi di esclusione:

- Assenza dei requisiti stabiliti dal bando.
- Ricevimento della domanda e della documentazione richiesta oltre i termini di scadenza

di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allega alla presente:**

copia del documento d'identità

copia della tessera sanitaria

scheda idea di impresa

(luogo) \_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

**Firma autografa**

\_\_\_\_\_

Il presente documento deve essere compilato, stampato, firmato, scansato e inviato tramite il form online sul sito [www.araform.it](http://www.araform.it) dalle ore 9.00 del 20 giugno 2017 sino alle ore 18.00 del 4 agosto 2017.

Il partecipante dovrà conservare il documento trasmesso e presentarlo alla selezione



**ARAFORM**  
AGENZIA PER LE RICERCHE E LE ATTIVITÀ NELLA FORMAZIONE

ARAFORM srl Agenzia per le ricerche e le attività nella formazione  
Partita Iva / Codice Fiscale 02785190923  
Via Bandello 12, 09131 Cagliari  
Tel. + 39 070 292545/482788 Fax + 39 070 2089600  
e-mail [agenziaaraform@gmail.com](mailto:agenziaaraform@gmail.com) pec [agenziaaraform@pec.it](mailto:agenziaaraform@pec.it)  
sito [www.araform.it](http://www.araform.it) - FB [www.facebook.com/araform](https://www.facebook.com/araform)