

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE  
DIREZIONE GENERALE SERVIZIO DI FORMAZIONE

## 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



## E.T.O.S. ECONOMIA TURISMO E OSPITALITÀ SOSTENIBILE

PROGETTO FINANZIATO dal POR SARDEGNA FSE 2014-2020 - CCI 2014IT05SFOP021 Asse prioritario 1 - Occupazione - LINEA C

### MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DALL'IDEA ALL'IMPRESA

CON VALENZA DI AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi dell'Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

chiede di iscriversi al corso **DALL'IDEA ALL'IMPRESA** di **140 ore**

CLP 1001031855GC160011 – CUP E17B16001220009

Sede **VILLAPUTZU**  Sede **TORTOLI**

A tale scopo, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, 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

#### DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune di domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO E STATO OCCUPAZIONALE

- Diploma (Specificare tipologia e indirizzo) \_\_\_\_\_  
 Laurea (Specificare tipologia e indirizzo) \_\_\_\_\_  
 Inoccupato  Disoccupato  Inattivo/dal \_\_\_\_\_ (mesi \_\_\_\_\_)

### DICHIARA INOLTRE:

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblicato sull'Unione Sarda e sulla Nuova Sardegna in data 11/06/2017 e consultabile sul sito [www.ifold.it](http://www.ifold.it)

### PRENDE ATTO:

- che le comunicazioni e le convocazioni relative alle Prove di Selezione e alle Graduatorie saranno rese disponibili sul sito [www.ifold.it](http://www.ifold.it)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso (leggibile) Candidato/a \_\_\_\_\_

### ALLEGATI :

1. Fotocopia di un Documento di Identità in corso di validità leggibile in tutte le sue parti.
2. Scheda presentazione idea imprenditoriale
3. Eventuale Curriculum Vitae del/la candidato/a.

**Legge sulla privacy - INFORMATIVA.** L'I.FO.L.D. ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, la informa che i dati personali forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003. L'eventuale rifiuto a fornirci i suoi dati personali e a darci l'autorizzazione per il trattamento di cui sopra comporta l'impossibilità dell'ammissione al Progetto.

**CONSENSO.** Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare e gestire attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Con la firma apposta sulla presente, inoltre, autorizza il personale dell'I.FO.L.D. espressamente incaricato ad avere accesso ai dati relativi alla valutazione, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, ai soli fini dell'attività concordata. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso (leggibile) \_\_\_\_\_