



REGIONE
PUGLIA

PUGLIA
FESR-FSE
2014/2020
Il futuro alla portata di tutti



Spazio riservato alla Segreteria
N°

CORSO GRATUITO DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO per OPERATORE DEL BENESSERE

Sede MODUGNO (BA)

Erogazione dei servizi di trattamento ESTETICO

Sede SCORRANO (LE)

Erogazione di trattamenti di ACCONCIATURA

Io sottoscritto/a

Cognome	Nome
Nato/a a	PROV <input type="text"/> il <input type="text"/> g <input type="text"/> m <input type="text"/> a <input type="text"/>
residente a	CAP <input type="text"/> PROV <input type="text"/>
Indirizzo (via/n°)	Cell <input type="text"/> Tel <input type="text"/>
Domicilio (eventuale)	
e-mail	PEC <input type="text"/>
Codice fiscale	P.Iva <input type="text"/>

dichiaro di essere in possesso di

<input type="text"/> Diploma di scuola secondaria di primo grado (licenza media)	conseguito in data <input type="text"/> g <input type="text"/> m <input type="text"/> a <input type="text"/>
Istituto Scolastico <input type="text"/>	Comune <input type="text"/>
Ultimo anno scolastico frequentato (se non concluso) <input type="text"/>	Istituto Scolastico <input type="text"/>

Dati anagrafici genitori o esercenti la responsabilità genitoriale/parentale

(1) Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>	(2) Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>
Nato/a a <input type="text"/>	prov <input type="text"/>	Nato/a a <input type="text"/>	prov <input type="text"/>
il <input type="text"/> g <input type="text"/> m <input type="text"/> a <input type="text"/>		il <input type="text"/> g <input type="text"/> m <input type="text"/> a <input type="text"/>	
tel <input type="text"/>	email <input type="text"/>	tel <input type="text"/>	email <input type="text"/>

	ISCRITTO/A	Genitori o esercenti la responsabilità
DOCUMENTI CONSEGNA TI	<input type="text"/> copia documento di identità	<input type="text"/> (1) copia documento di identità
	<input type="text"/> copia codice fiscale	<input type="text"/> (1) copia codice fiscale
	<input type="text"/> copia titolo di studio (licenza media inferiore)	<input type="text"/> (2) copia documento di identità
	<input type="text"/> nulla osta Istituto Scolastico di provenienza (necessario, per allievi che risultano già iscritti presso un Istituto scolastico superiore)	<input type="text"/> (2) copia codice fiscale

Io sottoscritto/a dichiaro di	<input type="text"/>	aver preso visione del Bando per le selezioni e del Regolamento del corso
	<input type="text"/>	autorizzare l'Ente al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Reg.UE 2016/679)
	<input type="text"/>	e AUTOCERTIFICO la veridicità dei dati e delle informazioni sopraindicati

Luogo e data g m a Firma Iscritto/a

Firma (1) Firma (2)

D.ANTHEA ONLUS - RICEVUTA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>	data <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N° <input type="text"/>