



REGIONE
PUGLIA

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

D.ANTHEA
formazione • training • Weiterbildung • formationne

Spazio riservato alla Segreteria
N°

CORSO GRATUITO DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO per OPERATORE DEL BENESSERE

Sede **SCORRANO**

Erogazione dei servizi di trattamento **ESTETICO**

Sede **MODUGNO**

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	copia documento di identità	(1) copia documento di identità
	copia codice fiscale	(1) copia codice fiscale
	copia titolo di studio (licenza media inferiore)	(2) copia documento di identità
	nulla osta Istituto Scolastico di provenienza (necessario, per allievi che risultano già iscritti presso un Istituto scolastico superiore)	(2) copia codice fiscale

Io sottoscritto/a dichiaro di	<input type="checkbox"/> aver preso visione del Bando per le selezioni e del Regolamento del corso
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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"/>