



POR Campania FSE 2014/2020 - Asse 3 Istruzione e Formazione  
Obiettivo specifico 12 "riduzione del fallimento formativo precoce e della dispersione scolastica formativa" azione 10.1.7  
"Percorsi formativi di leFP" - D.D. 231/2018 "Avviso pubblico per il finanziamento di percorsi formativi leFP"  
D.G.R. n. 663/2017 e D.G.R. n. 624/2017

**Bando di selezione per l'ammissione al Corso di n. 20 allievi  
"OPERATORE DELLA RISTORAZIONE" indirizzo Preparazione Pasti  
(percorso annuale)**

Codice Ufficio 147 - C.U.P.: **B63D21007680007**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*Spett.le* **NETCON S.R.L.**  
**Via G. Porzio n. 4 CDN Is. G/7**  
**80143 - Napoli**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
In qualità di genitore, esercitante la patria potestà, di \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che il proprio/a figlio/a sia ammesso/a a partecipare alla selezione del corso di "OPERATORE DELLA RISTORAZIONE" indirizzo Preparazione Pasti (percorso annuale) codice ufficio 147 - C.U.P.: B63D21007680007 e pertanto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e informato su quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i. (codice in materia di protezione di dati personali),

**DICHIARA <sup>1</sup>**

- di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;  
 che le informazioni riportate nella presente domanda corrispondono al vero;  
 di essere residente nella Regione Campania *ovvero* di essere in possesso del permesso di soggiorno;  
 di aver conseguito il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> (barrare esclusivamente le voci di interesse)



- di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove di selezione in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui allega certificato medico;
- altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

In caso di superamento delle prove di selezione, il/la sottoscritto/a si impegna a presentare all'Ente di formazione, pena l'esclusione, la documentazione in originale attestante i requisiti di partecipazione.

#### **DOCUMENTI ALLEGATI <sup>1</sup>**

- copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del genitore;
- copia di un valido documento di riconoscimento e del codice fiscale del minore;
- copia del certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili);
- copia del titolo di studio conseguito;
- copia del permesso di soggiorno (per i cittadini extracomunitari).

Il/la sottoscritto/a, in riferimento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D.lgs n. 196/2003.

(Luogo e data)

In fede  
Firma del genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> (*barrare esclusivamente le voci di interesse*)