

DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

ENTE ATTUATORE		CUP Progetto ARTEA		MATRICOLA ATTIVITA'	
-----------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--

TITOLO DELL'INTERVENTO		TIPO	
-------------------------------	--	-------------	--

Partecipante e richiedente dell'azione formativa

Il / la sottoscritto/a		Nato/a il	
-------------------------------	--	-----------	--

nel Comune di		Prov		Stato	
---------------	--	------	--	-------	--

Codice Fiscale	
----------------	--

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

M F

di essere di sesso	M	F	di avere cittadinanza	
--------------------	----------	----------	-----------------------	--

di risiedere in via/piazza		n		comune	
----------------------------	--	---	--	--------	--

CAP		provincia		telefono		cellulare		eMail	
-----	--	-----------	--	----------	--	-----------	--	-------	--

(se la residenza è diversa dal domicilio)

di essere domiciliato in		n		comune	
--------------------------	--	---	--	--------	--

CAP		provincia		telefono		cellulare		eMail	
-----	--	-----------	--	----------	--	-----------	--	-------	--

di essere in possesso del titolo di studio di :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessun titolo | <input type="checkbox"/> Diploma di istruzione secondaria di II grado |
| <input type="checkbox"/> Licenza elementare | <input type="checkbox"/> Laurea di I livello (triennale), diploma universitario |
| <input type="checkbox"/> Licenza media | <input type="checkbox"/> Laurea magistrale/specialistica di II livello |

SEZIONE "A" – OCCUPATO

Di essere occupato presso l'impresa o ente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Imprenditore agricolo, singolo e associato, iscritto al registro delle imprese, dotato di partita IVA. | <input type="checkbox"/> Titolare di imprese forestali, singolo e associato, iscritto al registro delle imprese e che abbia una attività principale o secondaria con codice ATECO che inizi con A 02. |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori dipendenti e/o coadiuvante familiare iscritto all'INPS, anche a tempo determinato. | <input type="checkbox"/> Amministratore e dipendente, anche con funzioni dirigenziali, di gestori del territorio rappresentati da Comuni, Enti Parco ed enti gestori dei siti della Rete Natura 2000. |

POSIZIONE PROFESSIONALE

Lavoro dipendente

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente / Direttivo / Quadro |
| <input type="checkbox"/> Impiegato |
| <input type="checkbox"/> Operaio, Subalterno e Assimilati |

Lavoro autonomo

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Imprenditore |
| <input type="checkbox"/> Socio di cooperativa |
| <input type="checkbox"/> Coadiuvante familiare |

Impresa di riferimento del partecipante all'azione formativa

Tipologia Impresa		Privata		Pubblica Amministrazione		Partita Iva	
--------------------------	--	---------	--	--------------------------	--	--------------------	--

Denominazione		Indirizzo	
---------------	--	-----------	--

Comune		Pr		CAP		Cod Fiscale	
--------	--	----	--	-----	--	--------------------	--

Telefono		Cellulare		eMail	
----------	--	-----------	--	-------	--

Il/la sottoscritto/a dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto.

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" Regolamento (UE) 2016/679 GDPR

Il Dichiarante conferma di avere ricevuto piena e completa informativa sulla normativa Privacy sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati UE 679/2016, verificata al momento della compilazione del presente modulo di iscrizione e visibile al seguente indirizzo :

www.artea.toscana.it/sezioni/privacy/intro_privacy.html e indirizzo web dell'Agenzia formativa: _____

Data _____

Firma del Richiedente per presa Visione e accettazione _____

Allegare una Fotocopia F/R di un documento valido di Identità del Partecipante/Richiedente