



ALLEGATO A

*Domanda di ammissione*  
*al Corso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS)*  
**“TECNICO DI SUPPORTO AI PROCESSI PRODUTTIVI**  
**ELETRONICI NEL SETTORE AERONAUTICO/AEROSPAZIALE”**

D.G.R. n. 105 del 07.03.2023 – D.G.R. 119 del 14.03.2023 - D.D. n. 371 del 22.05.2023 Programmazione triennale dei percorsi di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) – Priorità 2 – “Istruzione e Formazione” OS ESO 4.6 – Linea di Azione 2.f.11 - Capofila ATS CENTRI LINGUISTICI CONSORZIATI (in sigla C.L.C.) s.c. a r.l.- Cod. Uff. 13 – CUP B64D23002090009

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ numero documento \_\_\_\_\_  
data rilascio \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a sostenere la prova di selezione relativa alle attività formative in oggetto.

Il/La sottoscritto/a

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

ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, informato su quanto previsto dall’art. 10 della Legge n. 675/1976:

- Di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto;
- Di essere residente in Campania;
- Di non aver frequentato negli ultimi 12 mesi un corso finanziato dal Fondo Sociale Europeo,
- Di non frequentare alla data di pubblicazione del presente avviso altra attività formativa FSE;

Di essere in stato di:

- Disoccupazione;
- Inoccupazione;
- Occupazione;

Nello specifico di essere assunto/a dall’Azienda \_\_\_\_\_ avente sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ con contratto a tempo determinato/indeterminato, full time/part time (cassare la voce che non interessa) con la qualifica di \_\_\_\_\_

- se determinato indicare il periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- se indeterminato indicare la data di inizio rapporto di lavoro \_\_\_\_\_



**Di aver conseguito:**

- diploma di laurea specialistica in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- diploma di laurea triennale in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- diploma di istruzione secondaria superiore in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- diploma professionale di tecnico di cui al decreto legislativo 17 ottobre 2005 n. 226, art. 20 c. 1 lettera c) in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- ammissione al quinto anno dei percorsi liceali, ai sensi del decreto legislativo 17 ottobre 2005 n. 226, art. 2 comma 5 in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.
- Di richiedere accertamento delle competenze acquisite in precedenti percorsi di istruzione, formazione e lavoro successivi all'assolvimento dell'obbligo di istruzione (di cui al Regolamento adottato con decreto Ministro Pubblica Istruzione 22 agosto 2007, n. 139) allegando opportuna documentazione.

**Per i candidati diversamente abili (contrassegnare con una X)**

   sottoscritt\_ dichiara:

- Di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove selettive in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui allega certificato medico;
- Di allegare Certificato di invalidità rilasciato all'ASL di appartenenza;
- Di allegare diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL di appartenenza correlata alle attività lavorative riferibili alla figura professionale del bando

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

Si allega:

- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento e codice fiscale;
- Curriculum vitae datato e sottoscritto;
- Per i candidati diversamente abili: certificato di invalidità e diagnosi funzionale dell'ASL di appartenenza

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

   sottoscritt\_ autorizza l'Ente di formazione, al trattamento dei propri dati personali ai sensi Regolamento UE 2016/679

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

L'autenticazione si omette ai sensi delle leggi n. 127/97 e n. 191/98

**A cura dell'Ente**

Protocollo numero:

Data e ora di ricezione della domanda: