   

***DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO***

*(da utilizzare per gli interventi rivolti alle PERSONE)*

*“Operatore Esperto negli Interventi Assistiti con Animali (IAA)”*

 *Responsabile di progetto e Referenti di intervento*

...l... sottoscritto/a ...............................................................................................………...

nato/a il |\_\_|\_\_||-\_\_|\_\_||-\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| a .........................................………….. (...........)...

Stato..........................................................…………………………………………….……..

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**CHIEDE**

 **di essere iscritto/a a frequentare/partecipare all’intervento indicato e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di mendaci dichiarazioni in base agli art. 496 del Codice penale e art.76 del dpr 455 del 28/12/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,**

**DICHIARA**

**di essere**

|  |  |
| --- | --- |
| Uomo  | Donna  |

**di avere la cittadinanza: (SPECIFICARE IL PAESE DI ORIGINE)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Italia |  |
| 2 | Altri paesi UE |  |
| 3 | Paesi non UE del Mediterraneo |  |
| 4 | Paesi europei non UE |  |
| 5 | Altri paesi africani |  |
| 6 | Altri paesi asiatici |  |
| 7 | America |  |
| 8 | Oceania |  |

**di risiedere** in Via/Piazza............................................................................n° ......…………

C.A.P. ....................... Località ….............….................................................... Prov. ...…..............

Tel. Abitazione ......../..................…….................Telefono cellulare……./……………………

e-mail ……………………………….………………………………………………………………

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

**di avere il domicilio** in Via/Piazza ....................................................................…..........................

C.A.P. ....................... Località ….............…...........................................Prov. ...…..............

Tel. Abitazione ......../..................……...............…………………………………………………

**di essere in possesso del seguente titolo di studio:**…………………………………………………………………………………………….
conseguito presso …………………………………………………………………….…….
in data………………..con la votazione di………………………………………….………

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nessun titolo o licenza elementare |  |
| 2 | Obbligo scolastico |  |
| 3 | Obbligo formativo |  |
| 4 | Qualifica professionale post obbligo |  |
| 5 | Diploma di maturità e diploma di scuola superiore |  |
| 6 | Qualifica professionale post-diploma e IFTS |  |
| 7 | Diploma universitario e Laurea breve |  |
| 8 | Laurea  |  |
| 9 | Diploma post laurea (master, dottorato) |  |

**di aver negli ultimi due anni frequentato e interrotto un corso di studi senza conseguirne il titolo:** (indicare il tipo di scuola eventualmente abbandonata)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | scuola media inferiore o di base |  |
| 2 | istituto professionale |  |
| 3 | istituto tecnico |  |
| 4 | istituto magistrale |  |
| 5 | istituto d’arte |  |
| 6 | liceo |  |
| 7 | università |  |

**di essere nella seguente condizione professionale** *(indicare una sola risposta)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | in cerca di prima occupazione in uscita dalla scuola/università(chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro) |  |
| 2 | disoccupato o iscritto alle liste di mobilità *(chi ha perso o lasciato il lavoro anche se saltuario/atipico, donne che hanno l’intento di rientrare nel mercato del lavoro)* |  |
| 3 | occupato alle dipendenze *(compreso chi ha un’occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)* |  |
| 4 | occupato con contratto a causa mista (Apprendistato) |  |
| 5 | imprenditore, lavoratore autonomo |  |
| 6 | studente *(chi frequenta un corso regolare di studio scolastico/universitario)* |  |
| 7 | inattivo *(chi non ha e non cerca lavoro)* |  |

**4.** (se disoccupato) **di essere in stato di disoccupazione dal** ………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | di essere iscritto al Centro per l’impiegodal |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_| *(indicare mese e anno)* |  |

**e di essere in cerca di lavoro da:** *(se in cerca di lavoro)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | da meno di 6 mesi |  |
| 2 | da 6 a 11 mesi |  |
| 3 | da 12 a 24 mesi |  |
| 4 | da oltre 24 mesi |  |

 **di avere intenzione di:** *(se l’intervento in parola è per la ‘creazione d’impresa’)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | avviare nuova impresa  |  |
| 2 | non avviare nuova impresa  |  |

**Dichiara altresì**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Dichiara infine:**

* di essere a conoscenza che l’assegnazione al corso è subordinata al superamento di apposita selezione e che la relativa graduatoria sarà affissa all’albo dell’Ente/CPFP/Azienda e che la frequenza al corso resta condizionata all’esito di visite mediche di idoneità, svolte nei casi e con le modalità previste dalle leggi vigenti;
* di avere letto la scheda informativa di dettaglio ovvero il bando relativo al corso e di accertarne integralmente il contenuto.

Allega infine la dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali (D.Lgs. N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003).

Data,…………………………………

## FIRMA DEL RICHIEDENTE

   

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’INTERVENTO**

 *(da utilizzare per gli interventi rivolti alle PERSONE)*

***A cura del Soggetto attuatore:***

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO DELL’INTERVENTO** |  |
| CODICE DELL’INTERVENTO |  |
| OBIETTIVO |  |
| ASSE - OBIETTIVO SPECIFICO COMUNE/DECLINAZIONE REGIONALE |  |
| SOGGETTO ATTUATORE |  |
| SEDE |  |

1. ***Indicare il criterio utilizzato nella selezione dei destinatari:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | selezione in base alle attitudini e alla motivazione |  |
| 2 | selezione in base alle competenze/skills |  |
| 3 | selezione in base all’ordine di arrivo delle domande d’iscrizione |  |
| 4 | nessuna selezione |  |
| 5 | Utenza predeterminata:…………………………………………………..*(specificare)* |  |
| 6 | altro:……………………………………………………….…………….. *(specificare)* |  |

***B. A seguito della selezione, il richiedente è***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ammesso all’intervento |  |
| 2 | Non ammesso all’intervento |  |