



Unione Europea
Fondo sociale europeo



Erasmus+

Programma Erasmus+

*Azione KA1 Mobilità individuale ai fini dell'apprendimento - Ambito VET
Progetto N° 2014-1-IT01-KA102-000014 - Titolo "Tour 4 New Skills"*

Domanda di partecipazione

Il/La sottoscritto/a (allievo/a maggiorenne) _____

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore dell'allievo/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____ in Via _____ N° _____

Nazione _____ Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

chiede

- di partecipare al Progetto N° 2014-1-IT01-KA102-000014 – Titolo "Tour 4 New Skills"
- che il/la proprio figlio/a partecipi al Progetto N° 2014-1-IT01-KA102-000014 – Titolo "Tour 4 New Skills"

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

dichiara

- di essere allievo/a _____ che il/la proprio figlio/a è allievo/a _____
in formazione nell'ultimo anno di qualifica del corso _____ presso
- Il CIOFS/FP Sardegna
 Il CNOS-FAP Salesiani Sardegna
 L'Associazione Regionale (AR) aderente al CIOFS-FP Nazionale _____

- di essere allievo/a _____ che il/la proprio figlio/a è allievo/a è _____
in possesso della qualifica _____ conseguita entro un anno dalla partenza (Maggio 2015) presso
- Il CIOFS/FP Sardegna
 Il CNOS-FAP Salesiani Sardegna
 L'Associazione Regionale (AR) aderente al CIOFS-FP Nazionale _____

di aver letto il Bando del **Progetto N° 2014-1-IT01-KA102-000014 – Titolo "Tour 4 New Skills"** in tutte le sue parti e di essere a conoscenza che la partecipazione ai tirocini formativi è vincolata al superamento della selezione prevista.

Allegati obbligatori:

- fotocopia della carta d'identità in corso di validità del genitore/tutore dichiarante
- fotocopia della carta d'identità in corso di validità dell'allievo/a
- fotocopia della tessera sanitaria dell'allievo/a
- foto tessera dell'allievo/a

Luogo e data

Firma del genitore
(In caso di minore)

Firma dell'allievo/a

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

a) Titolare del trattamento è il CIOFS/FP Sardegna, Via XXVIII Febbraio, 21, 09131 Cagliari (CA).

b) Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le finalità di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati del Progetto N° 2014-1-IT01-KA102-000014 – Titolo "Tour 4 New Skills". Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Luogo e data

Firma del genitore
(In caso di minore)

Firma dell'allievo/a

