



Unione europea
Fondo sociale europeo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE SU TRÀBALLU, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE
ASSESSORADU DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE
DIREZIONE GENERALE SERVIZIO FORMAZIONE



Avviso per il finanziamento di "Percorsi triennali di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP)"
Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 Regione Autonoma della Sardegna
CCI 2014IT05SFOP021 Asse prioritario 3 – Istruzione e formazione

CONFERMA/RINUNCIA FREQUENZA

Operatore del benessere – Acconciatura

DCT 2016IFPRO1 - CLP100103310171F160006 - CUP E27B16000520009

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
genitore/tutore del minore _____ ammesso/a al corso

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 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 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- DI CONFERMARE LA FREQUENZA**
 DI RINUNCIARE ALLA FREQUENZA

Nel caso di conferma della frequenza, dichiara, inoltre che il proprio figlio/a minore affidato/a **non frequenta** altri percorsi di formazione/istruzione.

Luogo e data _____

Firma genitore/tutore

Firma candidato/a

Allegato: copia del documento di identità del genitore/tutore.