



Centro Regionale  
**S. ALESSIO**



Margherita di Savoia  
per i ciechi

## **PROFESSION-ABILI percorso di formazione per "Operatori Amministrativo Segretariali specializzati in trascrizioni"**

Progetto cofinanziato dall'Unione Europea – POR FSE 2014/2020 Approvato dalla Regione Lazio con Determinazione Dirigenziale n. G11830 del 30/08/2017 CUP D89D17002250006– Priorità 9.i – Asse II – Ob. Specifico 9.2

### **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PER L'AMMISSIONE DI N. 15 ALLIEVI AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE: "Operatori Amministrativo Segretariali specializzati in trascrizioni"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/00 **DICHIARA** di essere:

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

di nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(indicare solo se diverso dalla residenza)

Di essere stato riconosciuto cieco/ipovedente ai sensi della legge 138/2001.

Di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

e **CHIEDE** di partecipare al Bando Pubblico per l'**AMMISSIONE** al corso in oggetto.

#### **A tal fine allega alla presente:**

Per i cittadini <b>italiani e comunitari</b> :	Per i cittadini <b>extracomunitari</b>
copia di un documento di identità	copia del permesso di soggiorno
attestazione di iscrizione al Centro per l'Impiego	attestazione di iscrizione al Centro per l'Impiego

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_