



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI



ECIPA SIRACUSA

ENTE CONFEDERALE ISTRUZIONE PROFESSIONALE DELL'ARTIGIANATO E DELLA PICCOLA E MEDIA IMPRESA
Via Capo s. 33, 96100 Siracusa
P. IVA 011898902

Progetto n. 2007.IT.051.PO.003/IV/E/F/9.2.1FP/0026 “Benessere & tradizione: l’artigianato come cura del corpo”

Il/La sottoscritto/a _____, sesso M F, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ Via _____ n. _____ telefono (obbligatorio) _____, Cellulare _____ cod. fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso alla frequenza del progetto “**Benessere & tradizione: l’artigianato come cura del corpo**”, cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo, che sarà svolto nell’ambito dell’Avviso Pubblico n. 6 del 26/05/2009 - “L’Occupabilità nel settore dell’Artigianato grazie al recupero e alla valorizzazione degli Antichi Mestieri” presso codesto Ente. A tal fine, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito in data _____ (si allega copia del titolo di studio) ;
- di essere disoccupato/a o inoccupato/a dal _____ (si allega ORIGINALE della dichiarazione di disponibilità);
- di essere residente nella Regione Sicilia da almeno sei mesi dalla data di sottoscrizione della presente e se cittadino non comunitario di possedere regolare permesso di soggiorno;
- di aver frequentato altri corsi di formazione professionale: SI NO
- di non frequentare contemporaneamente altri corsi di formazione professionale, scuole superiori o cantieri;
- di non possedere redditi annui (ad esclusione di quelli esenti o quelli soggetti a ritenute alla fonte a titolo di imposta) superiori al lordo degli oneri deducibili e di chiedere quindi che non venga applicata ritenuta alcuna sull’indennità giornaliera di frequenza al corso, ai sensi e per gli effetti della L. 835/82, impegnandosi sin d’ora a comunicare eventuali variazioni a riguardo.
- di esonerare ECIPA Siracusa da qualsiasi responsabilità circa fatti che possano verificarsi **al di fuori delle sedi dell’attività corsuale e/o di tirocinio** durante l’intervallo ricreativo previsto o durante eventuali visite didattiche e similari.

Luogo e data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni contenute nella presente domanda e di autorizzare ECIPA Siracusa al trattamento dei dati personali per le finalità del progetto, ai sensi D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento alle certificazioni mediche utili per la giustificazione delle assenze. Inoltre, manifesta il proprio consenso alla diffusione dei dati del proprio curriculum ed alla comunicazione degli stessi a Società, Enti o altri soggetti collegati a ECIPA.

Luogo e data _____

Firma _____