



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Progetto ARTIGIANI DEL SOCIALE

Corso "Operatore in attività integrative socio-sanitarie -Clownterapia"

CUP F11I24000170009 – SIGEM 23018DC0004200001

Nome

Cognome

Data di nascita

Comune di nascita

Prov.

Stato di nascita

Nazionalità

Codice fiscale

Numero telefono

Numero cellulare

E-mail

RESIDENZA

Via / Piazza

N°

Comune

C.A.P.

Prov.

TITOLO DI STUDIO

- Licenza Elementare;
- Licenza di scuola media inf.;
- Diploma di scuola media sup. triennale;
- Diploma di scuola media sup. quinquennale;
- Diploma di laurea triennale;
- Diploma di laurea quinquennale;
- Master di specializzazione.

CONDIZIONE PROFESSIONALE

- Inoccupato
- Disoccupato da meno di 6 mesi;
- Disoccupato da 6 a 12 mesi;
- Disoccupato da più di 12 mesi;
- Percettore di ammortizzatore sociale o supporto al reddito (Mobilità, NASPI, ADI, SFL ecc.) ;



Chiede di essere iscritto al corso:
Operatore in attività integrative socio-sanitarie - Clownterapia
Approvato dalla Regione Lazio con DD. N. G02558 del 06/03/2024

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'ammissione al corso richiede il superamento delle prove di selezione che verranno comunicate il 26 MAGGIO 2025.

Il sottoscritto dichiara che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, che tutte le informazioni contenute nella presente domanda corrispondono al vero.

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base ai sensi della Legge n. 196/2003 e successive modifiche.

Firma

Allego alla presente:

- **fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità**
- **codice fiscale/tessera sanitaria**
- **DID – Dichiarazione di immediata disponibilità**
- **Se straniero extracomunitario, permesso di soggiorno in corso di validità che consenta l'esercizio di un'attività lavorativa.**