

**Scheda partecipante in  
ingresso**

**Formazione al lavoro**

Operazioni in fase di istruttoria  
rif. PA 08-0092/Ra e rif. PA  
08-0093/Ra

Soggetto gestore:		Titolo dei PROGETTI	
Centro Provinciale di Formazione Professionale - Soc. Cons r.l.		<b>OPERATORE SOCIO SANITARIO</b>	
Via F.lli Bedeschi, 9			
48012	Bagnacavallo		

**DATI DEL PARTECIPANTE**

Nome	Cognome	Data Nascita	Comune o Stato di nascita	Prov.

Codice Fiscale	Sesso	Cittadinanza	E-Mail.

Residente in (Via/Piazza e n°)	CAP	Città	Prov.	Telefono fisso	Cellulare

**Se il domicilio attuale è diverso dalla residenza**

Indirizzo	CAP	Città	Prov.	N. telefonico

*Nelle sezioni successive barrare il numero corrispondente all'opzione prescelta*

Titolo di studio	
1	Nessun titolo
2	Licenza elementare
3	Licenza media inferiore
4	Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università
5	Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università
6	Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Scuola di Interpreti e Traduttori, Scuola di Archivistica, Paleogra e Diplomatica
7	Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)
8	Laurea triennale (nuovo ordinamento)
9	Master post laurea triennale (o master di I livello)
10	Laurea di durata superiore ai tre anni (diploma di laurea vecchio ordinamento ovvero laurea specialistica nuovo ordinamento)
11	Master post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento (o master di secondo livello)
12	Specializzazione post laurea (specialistica)
13	Dottorato di ricerca
14	Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
15	Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato
16	Certificato di Tecnico superiore (lfts)
17	Diploma di specializzazione
18	Abilitazione professionale
19	Patente di mestiere
20	Nessuno dei precedenti

Condizione Occupazionale/Professionale	
1	In cerca di prima occupazione
2	Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
3	Occupato autonomo
4	Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
5	Studente
6	Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)
Se occupato indicare il tipo di contratto	
1	Contratto a tempo indeterminato
2	Contratto a tempo determinato (carattere non stagionale; carattere stagionale)
3	Contratto di formazione e lavoro
4	Contratto di inserimento
5	Contratto di apprendistato
6	Contratto di collaborazione coordinata e continuativa
7	Contratto di collaborazione occasionale
8	Contratto di associazione in partecipazione
9	Nessun contratto perché lavoratore autonomo
10	Nessun contratto perché coadiuvante in una impresa famigliare
11	Altro

Tipo di scuola abbandonata	
0	Non previsto
1	scuola media inferiore o di base
2	biennio scuola secondaria riformata
3	triennio scuola secondaria riformata
4	istituto professionale
5	istituto tecnico
6	istituto magistrale
7	istituto d'arte
8	liceo
9	università

Tipo di svantaggio	
0	Non previsto
1	Portatore di handicap fisico e/o mentale
2	Persona inquadabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
3	Extracomunitario
4	Nomade
5	Tossicodipendente
6	Ex Tossicodipendente
7	Detenuto
8	Ex Detenuto
9	Nessuna delle precedenti categorie

**Ultimo anno completato ( specificare)**

Firma di un genitore ( se minorenni)
_____

Dichiarazione rilasciata ai sensi dell'art.2 della Legge 4 gennaio 1968 come modificato dall'art.3 comma 10 Legge 15 maggio 1998 n. 127  
Per ciò che concerne il trattamento dei dati personali ci si atterrà alle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Firma del partecipante \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_



**ALLEGATO ALLA SCHEDA PARTECIPANTE IN INGRESSO**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e, ai fini della richiesta di partecipazione ad uno dei due corsi per Operatore Socio Sanitario, organizzati dal Centro Provinciale di Formazione Professionale secondo quanto indicato nell'Avviso Pubblico con scadenza 27/02/2009,

**D I C H I A R A**

di non richiedere il riconoscimento di crediti formativi in quanto non in possesso di titoli o qualifiche inerenti il settore socio-sanitario e quindi

di richiedere il riconoscimento di credito/i formativo/i in quanto in possesso del/i seguente/i titolo/i o qualifica/che inerente/i il settore socio-sanitario (*di seguito specificare quale/i*):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

di essere in stato di disoccupazione ai sensi del DLgs 297/2002 dichiarato presso il Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

di essere in CIG o in CIGS; in caso affermativo specificare quale delle due \_\_\_\_\_

Se cittadino straniero :

di possedere, in quanto cittadino extracomunitario, un permesso di soggiorno valido

di possedere, in quanto cittadino comunitario, un'attestazione di regolarità del soggiorno

- se straniero di essere in possesso di un titolo di studio riconosciuto in Italia: **SI'**  **NO**

se **SI'** specificare quale \_\_\_\_\_

**ALLEGO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE:**

N. 2 fotografie formato tessera

Fotocopia fronte/retro della carta di identità o del permesso di soggiorno

- Altri documenti: **SI'**  **NO**

se **SI'** specificare quali \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.