SCHEMA DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Spett.le EvolutionCISF S.r.l.
Via del Seminario Maggiore, N.35
85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____ e residente
in _____ (____) via _____ n° _____,
tel./cell _____ e-mail _____
Codice Fiscale: _____

CHIEDE

di partecipare alle selezioni per l'ammissione al progetto denominato "VIAGGIO TRA ARTI E MESTIERI: LA LAVORAZIONE DEL FERRO_Ediz.2" Az.21/AP/12/2012/REG a valere dell'Avviso Pubblico Valorizzazione e recupero degli antichi mestieri della Basilicata.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex art. 75 del medesimo D.P.R, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere residente in Basilicata da almeno 6 mesi dalla data del 31/01/2013;
- di essere disoccupato o inoccupato da almeno 6 mesi dalla data del 31/01/2013;
- di essere (*fleggare una sola risposta*)
 - Svantaggiato ai sensi dell'art.2 punto 18 lett. a) del Reg. (CE) 800/2008
 - Disabile ai sensi del comma 1 dell'art. 4 Legge 8 Novembre 1991 n.381
- di non avere in atto alla data di pubblicazione del presente Avviso la frequenza ad altra attività formativa cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo
- di non essere mai stato iscritto nel libro matricola di una delle imprese ospitanti indicate nel bando o essere stato inserito nel libro matricola dell'impresa _____(indicare l'azienda)

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza della possibile esecuzione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Si allegano alla domanda i seguenti documenti:

- Attestazione comprovante lo status di disoccupazione/inoccupazione rilasciata dal Centro per l'impiego di appartenenza
- Attestazione dello status di disabilità certificata dal sistema sanitario nazionale (solo in caso di disabilità)
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003

Il/La Sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Luogo e data

Firma per esteso del dichiarante