



E.C.M. EUROPEAN COUNCIL OF MEDICAL EDUCATION
Educazione Continua in Medicina



TITOLO DELL'AVVISO PUBBLICO ED ESTREMI Avviso n.7 2023 PR FSE+ Sicilia 2021/2027

TITOLO DEL CORSO OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE

SEDE Catania

ENTE DI FORMAZIONE Formazione Sicilia Ets

DOMANDA DI ISCRIZIONE AGLI INTERVENTI FSE

La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome della/del richiedente

- sesso F M

- nata/o a _____ (provincia _____) il ____ / ____ / ____
Comune o Stato estero di nascita sigla

- residente a _____ (provincia _____)
Comune di residenza CAP sigla

via/piazza _____ n. _____

- domiciliata/o a _____ (provincia _____)
se il domicilio è diverso dalla residenza CAP sigla

via/piazza _____ n. _____

- codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- cittadinanza _____ seconda cittadinanza _____

- telefono _____ / _____ cell. _____ / _____

- indirizzo di posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC) _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del 28/12/2000, n°445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt. 48-76 d.p.r.) nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.p.r. 28/12/2000 n° 445)

FORMAZIONE SICILIA ETS

Ente di Formazione Professionale C.I.R. HDI736 - Provider ECM Sicilia ID 695

Sede Legale : Via Poggio n. 49 – 95047 Paternò(CT)

Sede Operativa: Viale Vittorio Veneto n. 20 (ang. Via Milano n. 47) – 95127 Catania

Tel. 095 3286470 – Fax 095 8993542 - Email: info@formazionesicilia.net

Website: www.formazionesicilia.net - Pec: formazionesicilia@arubapec.it - c.f. 93150160872



DOMANDA DI ISCRIZIONE AGLI INTERVENTI FSE – PO FSE SICILIA 2020

DICHIARA

- **di essere iscritta/o al Centro per l'impiego di** _____
dal (gg/mm/aaaa) _____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- 00 Nessun titolo
- 01 Licenza elementare
- 02 Licenza media
- 03 Diploma di istruzione secondaria di II grado
- 04 Qualifica professionale regionale
- 05 Diploma professionale
- 06 Laurea di primo livello (triennale)
- 07 Laurea magistrale/specialistica di II livello

- di essere nella seguente condizione sul mercato del lavoro:

- 01 Disoccupato
- 02 Inoccupato
- 03 Inattivo

La/il richiedente si trova nella/e seguente/i condizione/i di vulnerabilità (è possibile barrare una o più caselle):

- 01 Persona disabile Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa settoriale
- 02 Cittadino non comunitario Persona in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità
- 03 Nessuna condizione di vulnerabilità

Luogo e Data

Firma

N.B. Allegare i seguenti documenti:

- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia del Codice Fiscale
- Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro (DID) rilasciata dal Centro per l'Impiego
- Copia del titolo di studio o dichiarazione di equipollenza

FORMAZIONE SICILIA ETS

Ente di Formazione Professionale C.I.R. HDI736 - Provider ECM Sicilia ID 695

Sede Legale : Via Poggio n. 49 – 95047 Paternò(CT)

Sede Operativa: Viale Vittorio Veneto n. 20 (ang. Via Milano n. 47) – 95127 Catania

Tel. 095 3286470 – Fax 095 8993542 - Email: info@formazionesicilia.net

Website: www.formazionesicilia.net - Pec: formazionesicilia@arubapec.it - c.f. 93150160872