

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### AVVISO PUBBLICO "CONFLUENZE"

Realizzazione di percorsi integrativi formativi e di aggiornamento professionale  
Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027

*Titolo Progetto: HOLY Rome Hospitality: Learning 4 Youth*  
*CORSO: Experiential Journey: Acceptance & Satisfaction*

\_\_l \_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A a frequentare il Corso per "*Experiential Journey: Acceptance & Satisfaction*"

### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, informato su quanto previsto dall'art.10 della Legge n. 675/1976:

- Di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto.
- Di essere cittadino comunitario e/o di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità e che consenta l'esercizio di un'attività lavorativa.
- Di essere residente o domiciliato sul territorio della Regione Lazio da almeno 6 mesi
- Di possedere una padronanza della lingua Italiana al livello B1.
- Di essere occupato o inoccupato e/o disoccupato, disabile o soggetto vulnerabile a rischio marginalità economico-sociale.
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_; o di possedere un titolo equipollente. Da allegare alla domanda di ammissione

## DOCUMENTI ALLEGATI

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.
- Fotocopia del Codice Fiscale.
- Autocertificazione del/dei titolo/i di studio posseduto/i
- Autocertificazione sulla condizione lavorativa
- Curriculum Vitae datato e sottoscritto.
- Certificato di invalidità e diagnosi funzionale rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
Firma

   sottoscritto/a\_ autorizza l'Ente di formazione TIME VISION SRL, al trattamento dei propri dati personali ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per le disposizioni dell'art. 13 Regolamento EU 2016/679 e per gli effetti del decreto legge 196/2003 [ss.mm.ii.](#) e del regolamento privacy

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
Firma

L'autenticazione si omette ai sensi delle leggi n. 127/97 e 191/98