



Nr. Prot. _____
(a cura della segreteria)

Progetto PIT STOP - Ripartire dall'accoglienza

Finanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) CCI 2021IT05SFPR006 Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale" Regolamento (UE) n. 2021/1060 Regolamento (UE) n. 1057/2021 Priorità 1. "Occupazione" - Obiettivo specifico a). Approvato con DD n. G14959 del 11/11/2024

Avviso pubblico "Confluenze". Realizzazione di percorsi integrati formativi e di aggiornamento professionale DD n. G13182 del 06/10/2023 Codice CUP F84C24000800009 Codice progetto-Sistema informativo 23027DP000000010

Soggetto attuatore: CIOFS FP LAZIO ETS – Sede legale: Via Ginori, 10 – 00153 Roma

C.F. 02879330583 - P.IVA 01129091003

Attività didattiche CIOFS FP LAZIO ETS - Via Ginori, 10 – 00153 Roma

Tel. 06/57.28.74.74 - email orientamento@ciofslazio.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE al Progetto PIT STOP - Ripartire dall'accoglienza

U.C. Accoglienza e assistenza clienti - profilo professionale del Repertorio Regionale di riferimento: [Z2.4] Operatore di ricevimento – receptionist. Settore economico professionale: Servizi turistici

Generalità del dichiarante

| | | | | | |
|---|--|-------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Cognome | | Nome | | Sesso | |
| | | | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> |
| Data di nascita | Luogo di nascita (comune – provincia oppure stato estero) | | | Cittadinanza | |
| Residenza (Via – N° civico – Comune C.A.P. – Provincia) | | | | | |
| Domicilio (Via – N° civico – Comune C.A.P. – Provincia se diverso dalla residenza) | | | | | |
| Telefono fisso | | | Cellulare | | |
| Documento di riconoscimento Tipo | | | Rilasciato da | | |
| Documento N° | | | Data di Rilascio | Data Scadenza | |
| Codice fiscale | | | | | |
| Indirizzo e – mail | | | | | |
| Permesso di soggiorno Tipo | | | Rilasciato da | | |
| Permesso di soggiorno N° | | | Data di Rilascio | Data Scadenza | |

| | |
|-------------|-----------------------------|
| Data | Firma il dichiarante |
|-------------|-----------------------------|

Il sottoscritto consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(apporre una croce all'interno della casella a fianco di ciò che si intende dichiarare)

| | |
|--|--|
| Di essere inoccupato/a dal (gg/m/anno) _____ ai sensi di quanto definito nel D.Lgs 150/15 e delle circolari attuative del MLPS | |
| Di essere disoccupato/a dal (gg/m/anno) _____ ai sensi di quanto definito nel D.Lgs 150/15 e delle circolari attuative del MLPS | |
| Di essere residente o domiciliato nel territorio della Regione Lazio da almeno 6 mesi | |
| Di essere in possesso del titolo di studio | <input type="checkbox"/> attestato di qualifica professionale triennale di IeFP <input type="checkbox"/> attestato di diploma professionale di IV anno di IeFP <input type="checkbox"/> diploma di istruzione secondaria di II grado |
| Conseguito nell'anno formativo | |
| Denominazione Scuola/Istituto che ha rilasciato il titolo di studio | |
| Indirizzo Scuola (Via – N° civico – Comune C.A.P. – Provincia - Stato) | |
| (solo per cittadini stranieri extracomunitari) di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità che consenta l'esercizio di un'attività lavorativa | |
| (solo per i cittadini stranieri) dichiara che non ha conseguito in Italia il titolo di studio richiesto per l'accesso al corso | |
| (solo per i cittadini stranieri che non hanno conseguito in Italia il titolo di studio richiesto per l'accesso al corso) dichiara di essere in possesso del certificato di competenza in italiano come lingua straniera L2, indicare il livello _____ | |
| (solo per i cittadini stranieri che non hanno conseguito in Italia il titolo di studio richiesto per l'accesso al corso) dichiara di essere in possesso di certificazioni CELI2 | |
| Di non essere parente ed affine, entro il II grado, del personale impegnato nell'intervento, delle cariche sociali e dei dipendenti del beneficiario/soggetto attuatore | |

Allega alla presente i seguenti **documenti del dichiarante**:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Tessera Sanitaria/Codice Fiscale | <input type="checkbox"/> Fotocopia titolo di studio/Attestato professionale |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia documento identità/passaporto | <input type="checkbox"/> Certificazioni competenze linguistiche L2 |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Permesso di soggiorno | <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto dichiara che la documentazione allegata è conforme all'originale.

Il sottoscritto dichiara che è consapevole che la partecipazione al corso è subordinata agli esiti delle prove selettive e alla posizione ricoperta in graduatoria.

Il sottoscritto dichiara che ha preso visione del Bando, lo ha compreso ed è consapevole delle condizioni di accesso alle graduatorie.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nella presente scheda saranno trattati secondo quanto previsto dall'Allegato J Informativa sul trattamento dei dati personali del Titolare del trattamento (Regione Lazio) resa ai sensi dell'art 13 del Regolamento Europeo N. 679/2016 del 27/04/2016, pubblicata sul sito www.ciofslazio.it

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla segreteria didattica eventuali variazioni dei dati rilasciati al momento dell'iscrizione.

| | |
|-------------|--------------------------|
| Data | Firma dichiarante |
|-------------|--------------------------|