

CORSI DI
“ASSISTENTE ALL’AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI”

MODULO DI ISCRIZIONE

SEDE DI INTERESSE _____

La presentazione della domanda su supporto cartaceo dovrà essere effettuata tramite **fax**, al numero **095241087**, tramite **mail** all'indirizzo cosmo.polis@tiscali.it, **a mezzo posta A/R** al seguente indirizzo: COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA in Via Del Bosco, 267/b. 95125 Catania o brevi manu stesso indirizzo. La domanda deve pervenire sottoscritta e completa degli allegati previsti. Sono ritenute nulle le domande prive di sottoscrizione o mancanti anche di uno solo dei documenti richiesti o incomplete nel contenuto. PER INFORMAZIONI CHIAMARE: **095-4191264**

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Il _____

Residente In _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ N. _____

Codice Fiscale _____

Recapito Telefonico Abitazione _____

Altro Eventuale Recapito Telefonico (Fax-Cellulare) _____

Indirizzo Di Posta Elettronica _____

Altro Indirizzo Per Eventuali Comunicazioni _____

TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO:

- Diploma Di Licenza Media Inferiore
- Diploma Di Maturità o Di Scuola Media Superiore
- Diploma Universitario, Laurea o Altri Titoli Equipollenti
- Diploma Post Laurea
- Master Post Laurea
- Qualifica Professionale

Conseguito presso _____ il _____

- Altri Attestati Di Studio _____

- Corsi Professionali Frequentati _____

- Conoscenze Informatiche (Si/No) _____ Conoscenza (*) - 1 () ; 2 () ; 3 () ; 4 () ;

Dettaglio Delle Conoscenze Informatiche _____

- 1° Lingua Straniera Conosciuta _____ Conoscenza (*) - 1 () ; 2 () ; 3 () ; 4 () ;

- 2° Lingua Straniera Conosciuta _____ Conoscenza (*) - 1 () ; 2 () ; 3 () ; 4 () ;

(1 – insufficiente; 2 – sufficiente; 3 – buono; 4 – ottimo) () apporre una croce

Sede legale: Via Dedalo, 8 - 90024 Gangi (PA)
Sede Amministrativa-Operativa: Via Del Bosco, 267/B – 95125 Catania (CT)
P.IVA/ C.F. 05022980824

Tel 095/4191264 – Tel/Fax 095/241087 – Cell +39 3890551316

Posta Elettronica Certificata: cosmo.polis@pec.it

cosmo.polis@tiscali.it – www.cosmopolissicilia.it

R 06 D Modulo Iscrizione ASACOM_20180124 rev. 04 del 29/06/2012

CONDIZIONE LAVORATIVA:

- IN CERCA DI PRIMA OCCUPAZIONE** (per chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)
 DISOCCUPATO O ISCRITTO ALLE LISTE DI MOBILITA' (per chi ha perso il lavoro, anche occasionale)
 OCCUPATO

ESPERIENZE LAVORATIVE:

(Anno) _____ Descrizione _____
(Anno) _____ Descrizione _____
(Anno) _____ Descrizione _____
(Anno) _____ Descrizione _____
(Anno) _____ Descrizione _____

- Ha presentato analoga istanza di ammissione alla selezione di altri progetti (Sì/No)? Se **SI**, e per quali di essi? _____

Si allegano:

- 1) copia del titolo di studio conseguito o certificazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- 2) n. 2 foto formato tessera che saranno utilizzate per il tesserino del tirocinio/stage;
- 3) copia di un documento di identità in corso di validità;
- 4) copia del codice fiscale;
- 5) Informativa privacy;
- 6) (solo per i percorsi per **disoccupati**) DID – Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro
- 7) (solo per i percorsi per **occupati**) Documento comprovante lo stato di occupazione

DATA..... FIRMA.....

Dichiarazione di consenso ai sensi del D.Lgs 196/03

Il sottoscritto dichiara che le informazioni suindicate corrispondono a verità ed esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03

DATA..... FIRMA.....