

Piano straordinario per il lavoro in Sicilia: Opportunità giovani

Priorità 3: Formazione giovani

Ambito formativo: FAS

Sede: LICATA – PIAZZA LINARES INT. A 19

Progetto: "OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE"

(Progetto cofinanziato dal Piano straordinario per il lavoro in Sicilia: opportunità giovani)

MODULO DI ISCRIZIONE

La presentazione della domanda su supporto cartaceo dovrà essere effettuata **a mano**, presso la sede della COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA in Piazza Linares Int. A 19 – Licata (dal lunedì al sabato dalle ore 8.30 alle ore 14.30), **a mezzo posta** al seguente indirizzo con posta prioritaria: COSMOPOLIS SOCIETA' COOPERATIVA - in Piazza Linares Int. A 19 – 92027 Licata (AG) - specificando sulla busta "INTERVENTO FORMATIVO "OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE ". NON FA FEDE IL TIMBRO POSTALE. LA DOMANDA DEVE PERVENIRE ENTRO LA DATA STABILITA. PER INFORMAZIONI CHIAMARE: **0922/180366 E 328/0077620**

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 _____ VOTO _____

- Altri Attestati Di Studio _____

- Corsi Professionali Frequentati _____

- Iscritto alle liste di collocamento dal _____ con la qualifica di _____

- 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 (___);

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@fiscali.it – www.cosmopolissicilia.it

R_06_D_Modulo_Iscrizione_OSA LICATA-riapert.04092014 rev. 04 del 29/06/2012

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

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)

DA QUANTO TEMPO STAI CERCANDO OCCUPAZIONE O SEI DISOCCUPATO?

- Da meno di 6 mesi
- Da 6 a 11 mesi
- Da oltre 12 mesi

ESPERIENZE LAVORATIVE:

(Anno) _____ Descrizione _____

(Anno) _____ Descrizione _____

(Anno) _____ Descrizione _____

(Anno) _____ Descrizione _____

(Anno) _____ Descrizione _____

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

Se ha risposto **SI** alla precedente domanda Le ricordiamo che se alla data di scadenza di presentazione della presente domanda di partecipazione all' intervento in oggetto risulta frequentare un'altra attività formativa non potrà essere ammesso alla selezione.

- Richiede il rimborso delle spese di viaggio (Si / No)? (solo per i residenti fuori dal comune di svolgimento dell'intervento formativo specifico e nel limite delle somme previste dal Piano finanziario del Progetto)

Si allegano:

- 1) copia del documento di riconoscimento
- 2) copia del codice fiscale
- 3) dichiarazione di pronta disponibilità al lavoro, rilasciata dal CPI competente per territorio;
- 4) copia del/dei titolo/i di studio
- 5) certificato di residenza

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

Dichiarazione: Il sottoscritto dichiara che è a conoscenza del giorno delle selezioni che avverrà giorno **09 settembre 2014 alle 15,30** a Licata, Piazza Linares int A 19 e che la relativa graduatoria verrà affissa presso la stessa sede giorno **09 settembre 2014**.

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.....