

Spett.le
SCOLASTICA SRL
Via Valenti, 1 – 60131
Ancona

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

“Casalighe Digitali” Il corso si svolge in 42 ore

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____ Cod. Fisc. _____

Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL CORSO IN OGGETTO.

A tal fine **DICHIARA** di possedere, alla data di pubblicazione del bando, i seguenti requisiti:

- Cittadinanza italiana;
- Cittadino/a straniero/a munito/a di regolare permesso di soggiorno in Italia;
- Età compresa tra i 18 anni** (compiuti) **ed i 67 anni** (compiuti);
- Svolgimento attività in ambito domestico senza contratto di subordinazione ed a titolo gratuito;**
- Certificato d'iscrizione all'assicurazione obbligatoria INAIL di cui all'art. 7 della legge 3 dicembre 1999, n. 493.**

DICHIARA inoltre di essere a conoscenza:

- Che i corsisti riceveranno l'attestato di partecipazione se avranno frequentato almeno l'80% delle lezioni;

Allega alla presente:

- Copia di un documento di identità;
- Copia del codice fiscale;
- Copia di regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);
- **Certificato d'iscrizione all'assicurazione obbligatoria INAIL di cui all'art. 7 della legge 3 dicembre 1999, n. 493.**

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 DPR 445/2000, dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, che quanto riportato nella presente domanda risponde a verità.

Data _____ firma _____

Il/la sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda e negli allegati, esprime il consenso al loro trattamento, anche informatico, per le finalità di cui al Corso in oggetto, con le modalità di cui alla legge 196/2003, e successive integrazioni e modifiche, ferma la sua facoltà di chiedere rettifiche, modifiche e /o la cancellazione dei dati stessi.

Data _____ firma _____

[Per le iscrizioni Compila e Inviaci il modulo tramite WhatsApp al n°. +39 350 117 39 32](#)