**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

al Corso di formazione n. 1 di n. 420 ore in presenza di tipo laboratoriale - esperienziale

nel settore Carrozzeria-Meccanica-Gommista

**PROGETTO “APPRENDERE – corsi post diploma e non solo”**- PN Metro plus e città medie SUD 2021-2027

operazione codice progetto FI4.4.8.1.a - CUP H14D25000500006

Inizio corso **lunedì 5/5/25 ore 8.00 Via Assisi 20 Firenze**

Periodo di svolgimento dal 5/5/25 al 16/9/2025 (esperienza in azienda dal 14/7/25 al 11/9/25)

Orario delle lezioni dalle 8 alle 13

Sedi di svolgimento laboratorio: Viale M. Fanti 3/c Firenze – materie teoriche: Via Assisi 20 Firenze

*(saranno comunicate eventuali variazioni)*

n° identificativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maschio  Femmina  Non binario  cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(città) cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**condizione occupazionale**

In cerca di prima occupazione

Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)

Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)

Studente

Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

Disoccupato di lungo periodo (>=12 mesi)

**istruzione**

NESSUN TITOLO

LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE

LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE

TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ

DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ

QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)

DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)

LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)

LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello.

TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA

**situazione di svantaggio**

Partecipanti con disabilità (la disabilità deve essere compatibile con le funzioni da assolvere previste dal progetto)

Cittadini di Paesi terzi

Partecipanti di origine straniera

Minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom o soggette a discriminazione)

Senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa

Altra tipologia di vulnerabilità Minore in situazione di disagio familiare

Persona anziana

Neomaggiorenni in uscita da percorsi di tutela

Ex detenuto

Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento

Altro tipo di vulnerabilità (da specificare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGARE:

 COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’ E CODICE FISCALE E, SE MINORE, DEL GENITORE / TUTORE

COPIA DEL CV E, SE STRANIERO, ATTESTAZIONE CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA ALMENO DEL LIVELLO A2

SE STRANIERO, COPIA PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA’ O PROVA SCRITTA DELLA RICHIESTA DI RINNOVO

Inoltre comunica: TAGLIA SCARPE N°\_\_\_\_ MISURA INDUMENTI (dpi) XS-S-M-L-XL-XXL

Firenze, il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per i minorenni)

FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna ad informare tempestivamente l’Agenzia Formativa Comune di Firenze e il CFP Don Facibeni qualora intervengano delle variazioni dei dati sopra indicati e, nello specifico, esclude l’Agenzia Formativa Comune di Firenze e il CFP Don Facibeni da ogni responsabilità per le conseguenze che dovessero derivare da errata compilazione dei dati o da mancata o non tempestiva comunicazione di variazioni intervenute successivamente alla data odierna

Le dichiarazioni sono rese sotto la mia personale responsabilità e sono consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del DPR 28/12/2000 n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all’art. 75 comma 1 del medesimo DPR

Dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le finalità individuati dall’informativa stessa

Firenze, il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per i minorenni)

FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_