DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE DEL CORSO

Operatore del Benessere – Erogazione di trattamenti di acconciatura

*Progetto Operatore del Benessere – Erogazione di trattamenti di acconciatura assegnato nell'ambito della graduatoria approvata con Determinazione Del Dirigente Sezione Programmazione Unitaria n. 119 del 25 maggio 2026, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 43 del 01-01-2026 - PR Puglia FESR-FSE+ 2021-2027 - Priorità: 6. Istruzione e Formazione - Obiettivo specifico: ESO4.5 - Azione 6.2 Interventi per l'istruzione e la formazione - Sub Azione 6.2.4 Formazione professionale e apprendistato - Avviso pubblico finalizzato all'assolvimento dell'obbligo di istruzione ed all'esercizio del diritto-dovere all'istruzione Offerta Formativa di Istruzione e Formazione Professionale 2024 – **Cod. Prog. A1B80CEE - – CUP B74D26004470009***

Il/La sottoscritto/a
(genitore/tutore del minore)

COGNOME		NOME	
Nato/a a (città e Provincia)		Data di nascita	
Cittadinanza		Codice Fiscale	
Residente a (città e Provincia)		CAP	
Indirizzo			
Domiciliato/a a		CAP	
Indirizzo			
Telefono fisso		Cell.	
e-mail (scrivere in stampatello)			
Documento identità		N°	
Rilasciato da		In data	

in qualità di esercente la potestà/tutela sul minore_____

CHIEDE

l'ammissione alle prove di SELEZIONE dello stesso al corso "Operatore del Benessere – Erogazione di trattamenti di acconciatura" Progetto assegnato nell'ambito della graduatoria approvata con Determinazione Del Dirigente Sezione Programmazione Unitaria n. 119 del 25 maggio 2026, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 43 del 01-01-2026, che si realizzerà presso Associazione Formazione (Piazza Papa Giovanni paolo II n.8, 70015, Noci (Ba), tel, 080/3214080 email: info@associazioneformazione.it)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del bando/brochure e di accettarne il contenuto.

*A tal fine, il richiedente, ai sensi del D.P.R. 445/00 artt.46 e 47, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, che tutte le informazioni e le dichiarazioni fornite di seguito e/o contenute nella documentazione allegata sono veritiere e che è consapevole delle sanzioni civili e penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/00).*

Si allegano alla presente:

1. Fotocopia documento di identità e codice fiscale del genitore/tutore
2. Autocertificazione del possesso dei requisiti

In fede

_____ _____

(luogo e data) *esercente la potestà/tutela sul minore*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' e DI CERTIFICAZIONE

(resa ai sensi del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

in qualità di esercente la potestà/tutela sul minore _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

DICHIARO sotto la mia personale responsabilità che il minore sopra indicato

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, che i dati e le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e di autocertificare la veridicità degli stessi e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 del medesimo T.U.

risulta	☐ disoccupato/a		
non ha assolto al diritto-dovere all'istruzione e alla formazione	☐ si	☐ no	
non frequenta alcun corso di istruzione e formazione	☐ si	☐ no	
È residente nel Comune di			
Solo per i/le cittadini/e stranieri/e			
di avere una buona conoscenza della lingua italiana	☐ SI ☐ NO	*di essere in possesso di regolare Permesso di soggiorno*	☐ SI ☐ NO

☐ di voler iscrivere _____ alle selezioni del corso **"Operatore del Benessere – Erogazione di trattamenti di acconciatura"** organizzato da Associazione Formazione (sede: Noci) che si svolgeranno nella sede, nelle date e negli orari che saranno comunicati esclusivamente sul sito internet www.associazioneformazione.it e sulla pagina Facebook, con valore di unica notifica ai/alle Candidati/e a tutti gli effetti senza alcuna altra forma di comunicazione;

☐ di autocertificare per il minore la veridicità dei dati e delle informazioni indicati nella presente domanda, in particolare:

a. non aver compiuto il 18° anno di età all'avvio delle attività didattiche;
b. non aver assolto al Diritto-dovere all'istruzione;
c. essere disoccupato/a o inoccupato/a;
d. non frequentare alcun corso di istruzione e formazione;
e. residente in un Comune della Regione Puglia
f. (per i/le Candidati/e stranieri/e) di essere in possesso di una buona conoscenza della lingua italiana e permesso di soggiorno valido

☐ di impegnarsi a consegnare nei termini e a seguito di comunicazione/richiesta di Associazione Formazione, effettuata anche a mezzo pubblicazione sul sito internet www.associazioneformazione.it e sulla pagina Facebook, ogni altro documento in caso di ammissione al corso in oggetto a pena l'esclusione;

☐ di essere a conoscenza, di aver preso visione e di accettare integralmente il "BANDO per le DOMANDE DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE" di Associazione Formazione contenente i criteri e le modalità attuative delle selezioni;

☐ di essere a conoscenza che tutte le informazioni, comunicazioni, date, orari, sedi, modalità, ecc. ed eventuali aggiornamenti, modifiche e variazioni relativi alle selezioni e al corso, saranno resi noti esclusivamente mediante pubblicazione sul sito internet www.associazioneformazione.it e sulla pagina Facebook, con valore di unica notifica ai/alle Candidati/e a tutti gli effetti senza alcuna altra forma di comunicazione.

ALLEGA

alla presente domanda la seguente documentazione comprovante il possesso dei seguenti requisiti e titoli:

1. ☐ FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA' DEL GENITORE TUTORE
2. ☐ FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE DEL GENITORE TUTORE
3. ☐ FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA' DEL MINORE
4. ☐ FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE DEL MINORE
5. ☐ DID in corso di validità (per i partecipanti che dichiarano lo status di disoccupato in fase di domanda)
6. ☐ NULLA OSTA DELLA SCUOLA DI PROVENIENZA
7. ☐ PERMESSO DI SOGGIORNO solo per i candidati stranieri

luogo		data	giorno	mese	anno	firma	

DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:

1. *i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;*
2. *il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;*
3. *il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;*
4. *Titolare del trattamento è il Legale Rappresentante di Associazione Formazione*
5. *I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;*
6. *In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente ad Associazione Formazione*

La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un documento di identità di chi sottoscrive.

luogo		data	giorno	mese	anno	firma	

NOTE IMPORTATI

La DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PROVE DI SELEZIONE dovrà pervenire tassativamente, pena l'esclusione, esclusivamente a mezzo:

- *raccomandata a mano* da presentare al "*Front Office Informazioni e Orientamento*" della sede di Associazione Formazione in Piazza Papa Giovanni paolo II n. 8 nei giorni e negli orari indicati sul sito internet www.associazioneformazione.it e sulla pagina Facebook;
- *raccomandata con avviso di ricevimento* all'indirizzo: Associazione Formazione - Piazza Papa Giovanni Paolo II n. 8 - 70015 – Noci (Ba).

A. Saranno esclusi/e i/le Candidati/e che presenteranno le domande incomplete, non conformi alle predette modalità ovvero pervenute oltre il termine indicato.

B. Associazione Formazione è esente da responsabilità per la dispersione della domanda di iscrizione o delle comunicazioni conseguenti dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del/della Candidato/a oppure da mancata e tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, e non risponde di eventuali disguidi postali e telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore. Così come previsto dalle normative vigenti, nel caso di non perfetta conformità ovvero imprecisione o illeggibilità nella presentazione delle informazioni, dati o documentazioni richieste, contenute nelle domande validamente inviate nel termine e con le modalità prescritti, Associazione Formazione si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti e procede alla richiesta di integrazione prima della formale esclusione.

In particolare, Associazione Formazione potrà richiedere al/alla Candidato/a – a mezzo e-mail - il perfezionamento della domanda. In caso di mancato perfezionamento della stessa entro 3 (tre giorni) dalla richiesta, si procederà a dichiarare l'esclusione della domanda di iscrizione.