



- di essere soggetto disabile;
- di aver frequentato altri corsi di formazione professionale: SI NO se SI indicare:

qualifica del corso	qualifica conseguita (SI/NO)
- di non frequentare contemporaneamente altri corsi di Formazione Professionale e di non aver frequentato corsi di uguale qualifica con esito positivo;
- di esonerare il Movimento Apostolico Ciechi da ogni responsabilità per eventi che potranno verificarsi al di fuori delle sedi dell'attività corsuale, durante l'intervallo ricreativo previsto o durante eventuali visite didattiche e similari.
- di non possedere redditi annui (ad esclusione di quelli esenti o quelli soggetti a ritenute alla fonte a titolo di imposta) superiori al lordo degli oneri deducibili e di chiedere quindi che non venga applicata alcuna ritenuta sull'indennità giornaliera di frequenza al corso, ai sensi e per gli effetti della L. 835/82, impegnandosi sin d'ora a comunicare eventuali variazioni a riguardo;
- di allegare alla presente domanda:
 - originale della dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro rilasciata dal CPI competente;
 - copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
 - copia del codice fiscale;
 - copia del titolo di studi posseduto;
 - copia della documentazione attestante la condizione di disabilità rilasciata da struttura pubblica competente.

Luogo e data _____

Firma _____

(sottoscritta ai sensi del D.P.R. n. 445 del
28/12/ 2000 con allegato documento di identità)**DICHIARAZIONE**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettivo svolgimento del corso e che qualora le domande di partecipazione superino i posti disponibili verrà effettuata una selezione e riconosce al Movimento Apostolico Ciechi la possibilità di variare, per esigenze organizzative, sedi e orari di svolgimento delle attività.

Luogo e data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni contenute nella presente domanda e di autorizzare il Movimento Apostolico Ciechi, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali per le finalità dell'attività, con particolare riferimento alle certificazioni mediche utili per la giustificazione delle assenze prolungate. Inoltre esprime il proprio consenso alla diffusione dei suddetti in sede di pubblicizzazione dei risultati dell'attività.

Luogo e data _____

Firma _____