

MD 08 – SCHEDA DI ISCRIZIONE

08/02/2022

Pag. 1 di 1

Questo documento è di proprietà dell'Istituto Scuola Provinciale Edili - CPT Ravenna e non può essere riprodotto, usato, reso noto a terzi senza autorizzazione scritta dell'Istituto Scuola Edili di Ravenna

CORSO:

NOME

COGNOME

SESSO F

M

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV

CITTADINANZA

e-mail

INDIRIZZO DI RESIDENZA

VIA

CAP

CITTA'

PROV

N° TEL

CELL

INDIRIZZO DEL DOMICILIO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

VIA

CAP

CITTA'

PROV

CODICE FISCALE:

PARTITA IVA:

TITOLO DI STUDIO

CONDIZIONE PROFESSIONALE

(Specificare: disoccupato, studente, collaboratore familiare, apprendista, occupato alle dipendenze, lavoratore somministrato, lavoratore distaccato, lavoratore autonomo, associato in partecipazione, imprenditore, socio, inattivo, altro, ecc.)

AZIENDA DI APPARTENENZA (SOLO PER GLI OCCUPATI)

TIPOLOGIA DI AZIENDA

INDUSTRIALE

ARTIGIANA

COOPERATIVA

DENOMINAZIONE AZIENDA

INDIRIZZO

CAP

CITTA'

PROV

RUOLO/FUNZIONE PROFESSIONALE

Esperienza nel ruolo minore di 12 mesi Esperienza nel ruolo maggiore di 12 mesi

PER I CORSI A PAGAMENTO – DATI INTESTAZIONE FATTURA

(Specificare: intestazione, via, n° civico, cap, città, provincia)

CODICE FISCALE:

PARTITA IVA:

PER INVIO FATTURAZIONE ELETTRONICA

DICHIARO DI ESSERE IN REGIME DI MINIMI O FORFETTARI SI NO

CODICE IDENTIFICATIVO SDI / PEC

PER I CORSI CHE PREVEDONO L'ADDESTRAMENTO PRATICO: AUTOCERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SANITARIA (LAVORATORE)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del Dpr 28.12.2000 n. 445 DICHIARO sotto la mia personale responsabilità di essere in possesso dell'idoneità sanitaria adeguata alla formazione prevista dal Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e ss.mm., per il corso di cui sopra.

DATA

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 2/12/2000, si allega alla presente dichiarazione copia del documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore:

tipo documento:

n. documento:

rilasciato da:

in data:

Ho preso visione del Patto Formativo (MD 49) e accetto le condizioni riportate

DATA

FIRMA

Autorizzo al trattamento dei miei dati ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE N. 2016/679 "GDPR", recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti interessati rispetto al trattamento dei dati personali, si precisa che le informazioni contenute in questo messaggio sono riservate ad uso esclusivo del destinatario e non verranno diffuse. A richiesta, mettiamo a disposizione l'informativa Privacy completa ai sensi di legge, disponibile anche nel nostro sito internet www.ispercpt.it nella sezione "Privacy".

DATA

FIRMA