

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

ENTE ATTUATORE	CUP Progetto ARTEA	MATRICOLA ATTIVITA'
----------------	--------------------	---------------------

TITOLO DELL'INTERVENTO	TIPO
------------------------	------

Partecipante e richiedente dell'azione formativa

Il / la sottoscritto/a	Nato/a il
------------------------	-----------

nel Comune di	Prov	Stato
---------------	------	-------

Codice Fiscale
----------------

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

### DICHIARA

M F

di essere di sesso	M	F	di avere cittadinanza
--------------------	---	---	-----------------------

di risiedere in via/piazza	n	comune
----------------------------	---	--------

CAP	provincia	telefono	cellulare	eMail
-----	-----------	----------	-----------	-------

(se la residenza è diversa dal domicilio)

di essere domiciliato in	n	comune
--------------------------	---	--------

CAP	provincia	telefono	cellulare	eMail
-----	-----------	----------	-----------	-------

di essere in possesso del titolo di studio di :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessun titolo      | <input type="checkbox"/> Diploma di istruzione secondaria di II grado           |
| <input type="checkbox"/> Licenza elementare | <input type="checkbox"/> Laurea di I livello (triennale), diploma universitario |
| <input type="checkbox"/> Licenza media      | <input type="checkbox"/> Laurea magistrale/specialistica di II livello          |

#### SEZIONE "A" – OCCUPATO

Di essere occupato presso l'impresa o ente:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Imprenditore agricolo, singolo e associato, iscritto al registro delle imprese, dotato di partita IVA.   |
| <input type="checkbox"/> Titolare di imprese forestali, singolo e associato, iscritto al registro delle imprese e che abbia una attività principale o secondaria con codice ATECO che inizi con A 02. |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori dipendenti e/o coadiuvante familiare iscritto all'INPS, anche a tempo determinato.  |
| <input type="checkbox"/> Amministratore e dipendente, anche con funzioni dirigenziali, di gestori del territorio rappresentati da Comuni, Enti Parco ed enti gestori dei siti della Rete Natura 2000. |

#### POSIZIONE PROFESSIONALE

**Lavoro dipendente**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente / Direttivo / Quadro   |
| <input type="checkbox"/> Impiegato                        |
| <input type="checkbox"/> Operaio, Subalterno e Assimilati |

**Lavoro autonomo**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Imprenditore          |
| <input type="checkbox"/> Socio di cooperativa  |
| <input type="checkbox"/> Coadiuvante familiare |

Tipologia Impresa	Privata	Pubblica Amministrazione	Impresa di riferimento del partecipante all'azione formativa
-------------------	---------	--------------------------	--

Denominazione	indirizzo
---------------	-----------

Comune	Pr	CAP	Cod Fiscale
--------	----	-----	-------------

Telefono	Cellulare	eMail
----------	-----------	-------

Il/la sottoscritto/a dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto.

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA AI SENSI DEL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" Regolamento (UE) 2016/679 GDPR

Il Dichiarante conferma di avere ricevuto piena e completa informativa sulla normativa Privacy sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati UE 679/2016, verificata al momento della compilazione del presente modulo di iscrizione e visibile al seguente indirizzo :

[www.artea.toscana.it/sezioni/privacy/intro\\_privacy.html](http://www.artea.toscana.it/sezioni/privacy/intro_privacy.html) e indirizzo web dell'Agenzia formativa: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente per presa Visione \_\_\_\_\_

**Allegare una Fotocopia F/R di un documento valido di Identità del Partecipante/Richiedente**