

MASSAGGIATORE E CAPO BAGNINO DI STABILIMENTI IDROTERAPICI



SCHEDA DI ISCRIZIONE

ANNO FORMATIVO

DATI PERSONALI

spazio per foto tessera	Cognome	SEDE ENAIP	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	
	Codice Fiscale	<input type="text"/>	

Luogo di nascita	Provincia	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indirizzo Residenza	CAP	Comune	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio (se diverso da residenza)	CAP	Comune	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nazionalità	Telefono	Altro recapito telefonico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

e-mail

@

Titolo di studio	Conseguito nel:	denominazione scuola/istituto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Chiedo l'iscrizione al corso:	<input type="text"/>	N° ____ progressivo (a cura op. Enaip)
--------------------------------------	----------------------	---

ALTRE INFORMAZIONI

1. Attuale condizione professionale - ai sensi della Legge 150/2015

<input type="checkbox"/> Occupato	<input type="checkbox"/> percettore mobilità
<input type="checkbox"/> Non occupato / Inattivo	<input type="checkbox"/> percettore NASPI
<input type="checkbox"/> Disoccupato dal _____ *data di rilascio della D.I.D.	<input type="checkbox"/> In CIG, CIGD o CIGS
<input type="checkbox"/> studente	

2. Posizione professionale - in caso di allievo occupato

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Imprenditore |
| <input type="checkbox"/> Direttivo - Quadro | <input type="checkbox"/> Libero professionista |
| <input type="checkbox"/> Impiegato o intermedio | <input type="checkbox"/> Socio di cooperativa di produzione e di servizi |
| <input type="checkbox"/> Operaio, subalterno e assimilati | <input type="checkbox"/> Coadiuvante |
| <input type="checkbox"/> Apprendista | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Lavora presso il proprio domicilio per conto di imprese | |

3. Titolo di studio posseduto

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nessun titolo o licenza elementare |
| <input type="checkbox"/> Licenza media o superamento biennio scuola superiore |
| <input type="checkbox"/> Diploma di qualifica acquisito attraverso corso scolastico |
| <input type="checkbox"/> Qualifica professionale acquisita attraverso corso di formazione professionale |
| <input type="checkbox"/> Qualifica acquisita tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> Diploma di maturità o scuola media superiore |
| <input type="checkbox"/> Qualifica professionale post-diploma |
| <input type="checkbox"/> Certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) |
| <input type="checkbox"/> Diploma universitario, Laurea di base o altri titoli equipollenti (compreso ISEF e Conservatorio) |
| <input type="checkbox"/> Master post laurea di base |
| <input type="checkbox"/> Laurea specialistica |
| <input type="checkbox"/> Diploma post-laurea (master, dottorato, specializzazione) |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ |

4. Corsi di studio interrotti

Anno formativo/percorso scolastico _____
Ultima annualità frequentata _____ Denominazione Scuola _____

5. Come è giunto a conoscenza dell'intervento?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> manifesti o depliant | <input type="checkbox"/> Uffici dell'Assessorato formazione lavoro (Regione o Provincia) |
| <input type="checkbox"/> web/internet | <input type="checkbox"/> Insegnanti della Scuola |
| <input type="checkbox"/> stampa quotidiana o spot radio televisivi | <input type="checkbox"/> Amici, parenti o conoscenti |
| <input type="checkbox"/> Centri Informagiovani | <input type="checkbox"/> Azienda presso cui lavoro |
| <input type="checkbox"/> Centro per l'Impiego pubblico privato | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro che realizza l'intervento | |

RICONOSCIMENTO CREDITI

Richiedo il riconoscimento di crediti formativi acquisiti da:

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> titoli assimilabili | _____ firma |
| <input type="checkbox"/> attività lavorativa in ambiti assimilabili | |
| <input type="checkbox"/> parziale frequenza corsi | |

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, con la firma in calce al presente documento:

- prende atto che la presente domanda viene accettata con riserva; la partecipazione al corso è subordinata all'attivazione dello stesso e ad una fase di selezione per l'accertamento dei requisiti di ingresso (se prevista). E' altresì al corrente che, in caso di sovrannumero di domande, è prevista una graduatoria degli ammessi;
- dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- dichiara di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ad uso della Regione Lombardia, di altre amministrazioni pubbliche e dell'Ente gestore ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679 e dichiara di accettare le modalità e le procedure di trattamento dati come indicate dai documenti affissi all'albo del Centro e riportati sul sito www.enaiplombardia.eu, sotto la voce "Privacy/SF_SL";

firma dell'allievo

ALLEGATI

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> codice fiscale | <input type="checkbox"/> permesso di soggiorno |
| <input checked="" type="checkbox"/> carta d'identità | <input type="checkbox"/> versamento quota iscrizione |
| <input type="checkbox"/> curriculum vitae | <input type="checkbox"/> D.I.D. Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro* |
| <input type="checkbox"/> titolo di studio | <input type="checkbox"/> altro _____ |

NOTE

--

sigla Operatore ENAIP

scheda iscrizione _Enaip Lombardia_ADULTI