***SCADE 28.02.2025***

***All’I.Ri.Fo.R. Sicilia Onlus***

***Mail:*** [***sicilia@irifor.eu***](mailto:sicilia@irifor.eu) ***Pec:*** [***sicilia@pec.irifor.eu***](mailto:sicilia@pec.irifor.eu)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in possesso del titolo di studio:

**□** Licenza media - **□** Diploma scuola media superiore (5 anni) - **□** Diploma IFTS (Formazione Prof.le)

**□** Qualifica Professionale) - **□** Laurea Triennale - **□** Laurea Magistrale

Iscritto nelle liste di disoccupazione al Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DID del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciata dal CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verbale Riconoscimento Disabilità Visiva INPS del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Percentuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

interessato/a alla frequenza del Corso Gratuito per: “CENTRALINISTA TELEFONICO SU SISTEMI INFORMATICI” – Sede di **□** CATANIA – PALERMO **□** manifesta la relativa PREADESIONE (\*).

**Allega i seguenti documenti:** 1) copia documento di identità e tessera sanitaria (leggibili)

2) copia DID

3) copia titolo di studio

4) copia verbale Inps invalidità.

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***(\*) L’avvio delle attività formative resta subordinato alla effettiva autorizzazione e finanziamento da parte del competente Assessorato Regionale delle attività progettuali presentate dall’I.Ri.Fo.R. Sicilia. Pertanto, in caso di mancato finanziamento e/o autorizzazione, nessuna pretesa potrà essere avanzata dai soggetti preiscritti alle attività corsuali di cui sopra, per la mancata attivazione degli stessi.***

Tutti i dati personali forniti verranno trattati dall’I.Ri.Fo.R. Sicilia Onlus per le finalità inerenti la procedura selettiva e l’eventuale successiva gestione delle attività formative, nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. recante *“Codice in materia di protezione dei dati personali”* e del Regolamento generale sulla protezione dei dati personali (UE) 2016/679 - GDPR. Il/La sottoscritto/a esprime a tal fine il proprio consenso.