



ISTITUTO DI FORMAZIONE ORIENTAMENTO E RICERCA



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ e residente in _____ prov. _____ via _____
n° _____, tel _____ cell _____ e-mail _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alle selezioni per l'ammissione all'intervento formativo denominato:

- Intervento formativo "AGRIBIO" SIAN n. 94250176230 - CUP G13D21000820009
- Intervento formativo "AGRISVILUPPO" SIAN n. 94250176222 - CUP G13D21000810009
- Intervento formativo "AGROZOO" SIAN n. 94250176214 - CUP G13D21000800009

finanziato dal PSR FEASR BASILICATA 2014/2020 Misura 1 – Trasferimento di conoscenze e azioni di informazione, Sottomisura 1.1 – Sostegno per azioni di formazione professionale e acquisizione di competenze, D.G.R. n. 435 del 4/07/2019, BUR n. 24 del 16/07/2019.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art.76 del DPR 28/12/2000 n.445, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex art.75 del medesimo DPR, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) di essere beneficiario della Misura PSR 6.1
- b) che la sede legale o operativa si trova nella Regione Basilicata _____ (prov.)
- c) di possedere i seguenti Titoli di studio _____ di cui si allega;

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del (D.Lgs art 13. 196/03 mm.ii. al Reg (UE) 2016/679/UE (c.d. GDRPR).

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza al trattamento dei dati personali anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Luogo _____ data _____

Firma

Allega:

Documento valido di identità,

Titoli di studio.

