



ALLEGATO A

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PERCORSO TRIENNALE DI “OPERATORE DELLA RISTORAZIONE

*Spett.le
GESCO
Via Vicinale S. Maria del Pianto n. 61
Centro Polifunzionale INAIL – Edificio 1
80143 Napoli*

**Oggetto: Domanda di ammissione al percorso “Operatore della Ristorazione” I ANNO
Asse 3 ISTRUZIONE E FORMAZIONE Obiettivo specifico: 12 “riduzione del fallimento formativo precoce e della dispersione scolastica formativa” Azione 10.1.7. “Percorsi formativi di IFP” da realizzarsi nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia di percorsi IeFP, con particolare riferimento al decreto legislativo n.226 del 2005 ed alle figure di del Repertorio Nazionale dell’Offerta di Istruzione e Formazione Professionale.**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____),
il _____ e residente a _____ (____), in via
_____, CAP _____, Telefono _____,
Cellulare _____, e-mail _____, Codice Fiscale _____.

genitore di _____ Codice Fiscale _____ per il quale
esercita la patria potestà

CHIEDE

che il proprio figlio sia ammesso-a al percorso di cui all’oggetto.

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e informato su quanto previsto dal all’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Dichiaro di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di essere passibile di sanzioni penali ai sensi del DPR 445/00 oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti. Sottoscrive quanto dichiarato e relativi allegati ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000:



DICHIARA ¹

- che il proprio figlio è cittadino extra comunitario residente in Campania;
- che il proprio figlio è in possesso del permesso di soggiorno ed è residente in Campania;
- che il proprio figlio è in stato di inoccupazione; *ovvero* che il proprio figlio è in stato di disoccupazione;
- che il proprio figlio ha compiuto 14 anni e non ha superato il 18esimo anno di età;
- che il proprio figlio ha terminato il primo ciclo di istruzione;
- che il proprio figlio non ha assolto il diritto dovere all'istruzione ed è soggetto all'obbligo di istruzione;
- che il proprio figlio non è in possesso di qualifica professionale ai sensi del D.Lgs 226/2005;
- che il proprio figlio non è in possesso di diploma di istruzione secondaria superiore;
- che il proprio figlio è in possesso del titolo di Licenzia Media conseguito in data _____ presso l'Istituto _____ di _____;
- per l'anno scolastico _____ è stato iscritto presso l'Istituto Scolastico Superiore _____ di _____ ed ha ottenuto il nulla osta all'iscrizione ad un altro Istituto Scolastico superiore/percorso alternativo equivalente, nulla osta che allega alla presente;
- di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove concorsuali in relazione all'eventuale proprio handicap, di cui allega certificato medico;
- Altro _____ (*Specificare*).

DOCUMENTI ALLEGATI

- Titolo di studio, se straniero, in originale o copia autentica, accompagnato da traduzione asseverata in lingua italiana;*
- Copia di licenza media;*
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del tesserino codice fiscale (di chi firma la dichiarazione);*
- Documentazione attestante lo stato di disoccupazione/inoccupazione dell'allievo beneficiario del percorso formativo rilasciato da Centro per l'Impiego competente del territorio di appartenenza;*
- Documentazione attestante eventuali competenze in ingresso al corso (es. pagelle scolastiche, attestati, ecc.);*

¹ (*barrare esclusivamente le voci di interesse*)



- Certificato di assolvimento dell'obbligo formativo (solo se applicabile);*
- Nulla osta al trasferimento ad altro Istituto Scolastico Superiore (solo se applicabile);*
- Certificato di invalidità rilasciato dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).*
- Diagnosi funzionale riferita alla attività corsuale da svolgere rilasciata dall'ASL di appartenenza (per i candidati diversamente abili).*

In fede

(Luogo e data)

Il/la sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Dichiaro di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di essere passibile di sanzioni penali ai sensi del DPR 445/00 oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti. Sottoscrive quanto dichiarato e relativi allegati ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

In fede

(Luogo e data)

firma del genitore, o di chi ne fa le veci
