



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI



2007-2013

COMPETENZE PER LO SVILUPPO (FSE)



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV  
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale



Con l'Europa investiamo nel vostro futuro!

Al signor **Dirigente Scolastico**  
Coordinatore del CTP dis.32  
c/o **Istituto Comprensivo n.1**  
via Roma, N.34  
98071 CAPO D'ORLANDO (ME)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome ..... Nome ..... Sesso .....

Nato/a a ..... (prov. ....) il .....

Codice Fiscale: ..... Cittadinanza .....

Celibe/Nubile  Coniugato/a  Vedovo/a  Non dichiarato **figli n. ....**

Residente in Via ..... n. ....

CAP ..... Città ..... (prov. ....)

Tel. .... Cell. .... e-mail: .....

*in riferimento all'avviso del 07/02/2011, riguardante l'attivazione di corsi PON "Competenze per lo sviluppo" attuati da codesto spett.le CTP con il cofinanziamento del Fondo Sociale Europeo, obiettivo G azione 1 (codice **G-1-FSE-2010-317**)*

### CHIEDE

*di essere ammesso/a a frequentare il seguente corso:*

### AVVIO ALL'INFORMATICA

*della durata di 60 ore, che si svolgerà a Capo d'Orlando*

*Lo/a scrivente, a conoscenza dei criteri di selezione che saranno adottati e pienamente consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi delle vigenti disposizioni, sotto la propria personale responsabilità, dichiara:*

- 1. di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....*
- 2. di chiedere il servizio gratuito di assistenza bambini perché ha n. .... figli minori (anni .....*
- 3. nel caso di ammissione a più di un corso, ove la S.S. dovesse ritenere incompatibile frequentarli tutti, pur dichiarandosi disponibile ad accettare l'inclusione disposta dal CTP in relazione al numero di domande presentate per ogni corso, chiede di essere assegnato/a prioritariamente al corso*

*Lo/a scrivente prende espressamente atto che il Centro Territoriale Permanente, per sopraggiunti motivi, ad insindacabile giudizio del Dirigente Scolastico, potrà annullare l'effettuazione del corso richiesto.*

....., li ..... Firma .....

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Istituzione scolastica al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza secondo quanto previsto dal D. Lgs. n.196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali.

Data ..... Firma (leggibile): .....

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

C.T.P. dis.32 c/o Istituto Comprensivo n. 1 Via Roma, n.34 - 98071 CAPO D'ORLANDO (ME) Tel. 0941/901210 – Fax 0941/912616 e-mail: meic834007@istruzione.it