



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2007-2013

COMPETENZE PER LO SVILUPPO (FSE)



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:

LEARN ENGLISH – Livello B2

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 avere frequentato il seguente corso di Inglese attuato da codesto CTP: **codice***
- 2. di essere in possesso del seguente titolo di studio:*
- 3. di chiedere il servizio gratuito di assistenza bambini perché ha n. figli minori (anni*
- 4. 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.

....., lì

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):