

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

SPETT.LE  
ELDAIFP SRL Imp. Soc.  
73019 Trepuzzi (LE)

mail per invio domanda: [segreteria@eldaifp.it](mailto:segreteria@eldaifp.it)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare al corso IFTS

**“TECNICO DI SISTEMI INTEGRATI PER LE TELECOMUNICAZIONI”**

**Avviso Pubblico “Istruzione e Formazione Tecnica superiore (IFTS) in modalità duale” – Regione Puglia**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex art. 75 del medesimo D.P.R., **dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:**

1. di essere residente/domiciliato nella Regione Puglia;
2. di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_;
3. di non aver in atto, alla data di pubblicazione del presente bando, la frequenza ad altre attività formative cofinanziate dal Fondo Sociale Europeo.
4. Altro \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Si allega alla presente:

**fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso del dichiarante \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR n. 679/16**

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

Firma per esteso del dichiarante \_\_\_\_\_