

Anno formativo \_\_\_\_\_ Visto Segreteria \_\_\_\_\_

**Corso** \_\_\_\_\_

COGNOME .....

NOME .....

INDIRIZZO .....

CITTA' .....

CAP .....

PROVINCIA .....

TELEFONO .....

E-MAIL: .....

DATA DI NASCITA .....

OCCUPATO  DISOCCUPATO  IN MOBILITA'

CASSA INTEGRAZIONE straordinaria  CASSA INTEGRAZIONE ord.

P.IVA iscritto ad albo professionale  TITOLARE ditta individuale

TITOLO DI STUDIO .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alle attività formative proposte dall'Agenzia Formativa FORMA-@TTIVA ed inserita nel Catalogo Provinciale dell'Offerta per lavoratori occupati della Regione Piemonte per poter usufruire del contributo pari all'80% del costo effettivo del corso richiesto.

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Costo a carico del dipendente (20%) da pagare al momento dell'iscrizione (modulo Provincia)  
euro \_\_\_\_\_

**In caso di ritiro prima dell'inizio del corso l'allievo ha diritto alla restituzione della quota versata corrispondente a quella indicata nel campo "a carico dell'allievo" se invia comunicazione scritta. Qualora l'allievo non frequenti almeno i 2/3 delle ore del corso sarà tenuto a versare l'intero costo totale del corso in quanto decaduto il diritto di finanziamento da parte della Provincia di Torino ( rf. Voucher). In caso di sospensione del corso o annullamento del corso verrà restituita la quota versata. In caso di iscritti alle liste di mobilità la penale non è dovuta, qualora l'abbandono del corso dipenda da un'assunzione dimostrabile con contratto di lavoro.**

**Se occupato:**

**DATI AZIENDA**

Impiegato nell'azienda \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ (per comunicazioni relative al corso).  
Ruolo \_\_\_\_\_ Settore \_\_\_\_\_  
Numeri dipendenti \_\_\_\_\_ Tipo di contratto \_\_\_\_\_

**Se in cassa integrazione o in mobilità inserire i dati dell'azienda in cui ha svolto l'ultimo rapporto di lavoro:**

**DATI AZIENDA**

Impiegato nell'azienda \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ (per comunicazioni relative al corso).  
Ruolo \_\_\_\_\_ Settore \_\_\_\_\_  
Numeri dipendenti \_\_\_\_\_ Tipo di contratto \_\_\_\_\_

**Si ricorda inoltre che per l'ottenimento del buono è necessaria la frequenza dei 2/3 del corso.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE  
(per esteso e leggibile)  
\_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del doc. d'identità e del codice fiscale**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ informato, ai sensi dell'art. 10 del D.Lg. n. 196/03, delle finalità e modalità di trattamento dei dati sopraindicati, i quali potranno essere utilizzati anche per contattare le aziende per le verifiche amministrative di competenza, esprime il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 11 del D. Lg 196/03.

FIRMA DEL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_