



Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO DELLA GIOVENTÙ E DEL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE



Accade...ai giovani: Accademia Europea Culturale di giovani

Plico n. 257 – CUP: J75C14001600008



ATS composta da



DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE ATTIVITA' PROGETTUALI

Il/la sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Provincia _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ CAP _____

Telefono abitazione _____ Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere ammesso alle prove selettive del progetto *Accade...ai giovani:Accademia Europea Culturale di giovani*,

A tal uopo

DICHIARA

- di essere cittadino italiano o di essere cittadino straniero con regolare permesso di soggiorno ovvero presente legalmente sul territorio italiano

- di essere residente in uno dei comuni della Regione Siciliana
- di essere in possesso del seguente grado di istruzione _____
- di aver preso visione integrale del bando di selezione e di accettarne tutte le condizioni contenute
- di autorizzare al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs 196/03
- che le comunicazioni inerenti le attività progettuali dovranno essere inviate ai recapiti sopra indicati/oppure (indicare altro indirizzo.....)

Si allega alla presente la seguente documentazione :

- Copia documento di identità
- Copia Codice fiscale/tessera sanitaria
- Certificato di Residenza o dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000
- Curriculum scolastico e professionale
- Copia dei titoli di studio posseduti o certificazioni sostitutive ai sensi del DPR 445/2000
- Certificazioni, attestati o quant'altro pertinente l'oggetto del corso e utile ai fini della valutazione
- Copia del Permesso di soggiorno regolarmente rilasciato dalle autorità competenti
- Certificazione ISEE del nucleo familiare per l'anno fiscale 2016 rilasciata da CAF o altri soggetti autorizzati (in assenza della certificazione il punteggio assegnato ai fini della valutazione per la voce corrispondente sarà pari a 0)
- Copia Certificazione medico legale attestante la condizione di disabilità (in assenza della certificazione il punteggio assegnato ai fini della valutazione per la voce corrispondente sarà pari a 0)

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma

(allegare documento di identità del firmatario)