



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Assessorato del Lavoro, Formazione  
Professionale, Cooperazione e  
Sicurezza Sociale  
Assessorato dell' Agricoltura e  
riforma agropastorale



FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE  
**GAL Alta Gallura - Gallura**

**PROGETTO IMPARI'S**  
**Asse I POR FSE – Asse IV PSR -**  
**Pre-iscrizione al Progetto formativo**

**di cui all'Avviso approvato con Atto del Segretario – Direttore N. 11 del 05/03/2012**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....il ..... e  
residente a.....Prov ..... via/piazza..... n°.....  
tel./cell.....e- mail.....Codice fiscale .....  
Partita IVA (in caso di impresa) .....  
Ubicazione dell'azienda/attività economica .....  
Settore di attività .....

**in qualità di: (indicare la categoria)**

- Socio del GAL .....
- Privato partecipante ai bandi/beneficiario .....
- Componente del partenariato<sup>1</sup> .....
- Operatore economico del territorio Leader .....
- Altro (specificare) .....

**DICHIARA**

**di voler partecipare al Progetto formativo IMPARI'S.**

Il Progetto implica la frequenza alla formazione in aula e a distanza, finalizzata al miglioramento delle capacità imprenditoriali e della qualità progettuale delle iniziative a valere sul PSR.

Ogni persona potrà partecipare ad un massimo di due percorsi formativi, fatta salva l'eventuale disponibilità di ulteriori posti liberi negli altri percorsi.

Si prega di indicare con un punteggio da 5 (massimo interesse) a 1 (minimo interesse) il livello di interesse per ciascun Percorso formativo:

- Approccio LEADER – Agricoltura Sociale (periodo di realizzazione: maggio-luglio 2012)
- Approccio LEADER – Ospitalità e Paesaggio rurale (periodo di realizzazione: maggio-luglio 2012)
- Approccio LEADER – Produzioni agroalimentari e artigianali (periodo di realizzazione: sett – nov 2012)
- Approccio LEADER – Multifunzionalità e Energie Rinnovabili (periodo di realizzazione: sett – nov 2012)
- Leader ... per fare rete (periodo di realizzazione primavera del 2013)

Firma del Dichiarante

.....

<sup>1</sup> Soltanto per il GAL Terre Shardana e per il GAL Sulcis Iglesiente Capoterra Campidano di Cagliari



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del Lavoro, Formazione  
Professionale, Cooperazione e  
Sicurezza Sociale  
  
Assessorato dell' Agricoltura e  
riforma agropastorale



**DICHIARA, INOLTRE,**

- la propria disponibilità a frequentare, se necessario/ se lo preferisce, i Percorsi formativi anche in una Macro-area diversa da quella di appartenenza: **SI**  **NO**   
Se sì, indicare la macro-area di preferenza alternativa a quella di appartenenza:
  - Anglona-Romangia, Gallura, Logudoro-Goceano;
  - Marghine, Nuorese-Baronie, Distretto Barbagia Mandrolisai Gennargentu Supramonte;
  - Terre Shardana, Marmilla;
  - Monte Linas, Sarcidano Barbagia di Seùlo, Trexenta Sarrabus Gerrei, Sulcis Iglesiente Capoterra Campidano di Cagliari
- la propria disponibilità all'eventuale partecipazione ai viaggi formativi tematici della durata presumibile di 4 giornate, che costituiscono parte integrante della formazione: **SI**  **NO**

Firma del Dichiarante

.....



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Assessorato del Lavoro, Formazione  
Professionale, Cooperazione e  
Sicurezza Sociale

Assessorato dell' Agricoltura e  
riforma agropastorale



**FACOLTATIVO:**  
**INDICA, INOLTRE,**

**come Sostituto unico** ..... in qualità di .....<sup>2</sup> per la  
partecipazione, alternativamente, a:

il percorso formativo in aula e a distanza  l'eventuale viaggio formativo

Firma del Dichiarante

.....

**Dati del Sostituto unico**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....il .....  
e residente a ..... Prov. .... via/piazza .....n°.....  
tel./cell .....e-mail.....Codice fiscale .....

Firma del Sostituto per accettazione

.....

Il/I firmatario/i autorizza/autorizzano l'Autorità di Gestione del FSE, per il tramite del GAL e del Formez PA, ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196, all'acquisizione e al trattamento informatico dei dati contenuti nel presente modello e negli eventuali allegati, anche ai fini del monitoraggio e dei controlli da parte degli Organismi comunitari e nazionali.

**Allega/allegano fotocopia/e del/i proprio/propri documento/i di identità in corso di validità.**

Firma del Dichiarante

.....

Firma del Sostituto

.....

<sup>2</sup> Indicare se è coadiuvante, socio o dipendente