



FEASR: l'Europa investe
nelle aree rurali



REGIONE CALABRIA



Assessorato Agricoltura
Foreste e Forestazione



Ministero delle Politiche
Agricole e Forestali

Domanda di Partecipazione al Corso di Formazione "OPERATORE CONTROLLO QUALITA'"

Advanced
Competence
Zoom
News
FORMATION

SPETT.LE A.C.Z.N. FORMATION
VIA LUNGOSTRADA N° 121
CAP 87040 ACRI (CS)

I sottoscritt _____
nat_a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
residente a _____ Prov. ____
Via _____ n° _____ CAP _____
Tel _____ Fax _____
e-mail _____

chiede

di essere ammesso al Corso di Formazione
"OPERATORE CONTROLLO QUALITA'"

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.
445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di possedere il titolo di studio di: _____
2. che alla data odierna si trova nella seguente situazione: (barrare la casella che interessa la non indicazione della condizione costituisce causa di esclusione)

Imprenditore Agricolo/Forestale

Addetto al settore Agroalimentare

Lavoratore Agricolo/Forestale

Altro (specificare)

I sottoscritt inoltre, **dichiara**:

di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto e, in caso di domande utili eccedenti, di essere soggetto alla selezione;

I sottoscritt _____ autorizza la A.C.Z.N. FORMATION al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, finalizzati all'espletamento della presente procedura di selezione per il corso formativo e dichiara di conoscere esplicitamente tutte le clausole del relativo bando per il corso formativo.

_____, ____/____/____

FIRMA
