



ALLEGATO A
DOMANDA DI AMMISSIONE AL PERCORSO FORMATIVO E LABORATORIALE
“S.O.S. ALZHEIMER”

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____, residente a _____ (NA)
_____, Via _____
domiciliato/a _____ (Prov.) _____,
Via _____ CF _____
telefono n. _____, cell. n. _____,
email: _____

CHIEDE
di partecipare alle selezioni per l'ammissione al percorso di formazione “S.O.S. ALZHEIMER”

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere un'età compresa tra i 18 ed i 35 anni;
- di essere residente nella città di Napoli o in uno dei Comuni della Regione Campania;
- di aver completato la scuola dell'obbligo.

Luogo e Data _____

In fede

Allega alla presente:

- documento di identità in corso di validità;
- curriculum vitae.



Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679.

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.