

DOMANDA DI ISCRIZIONE

NS PROT.:

Il/la sottoscritto/a _____

Chiede di essere iscritto/a al corso per:

IAP – Imprenditore Agricolo Professionale (150ore)

presentato a valere sull'AVVISO PUBBLICO DD G09153 del 04/07/2023 rettificato con Determinazione n. G11199 del 14/8/2023, MISURA 1 "Trasferimento di conoscenze e azioni di informazione" (Art. 14 del Regolamento(UE) N. 1305/2013),

presso la sede di:

- Monte Compatri (Rm): Consorzio Ro.Ma. – Via Leandro Ciuffa, 85/87 - 00077
- Roma: Spazio Do – P.za di Cinecittà, 39, 00174 Roma RM
- Rieti: (sede da definire)

A tal fine ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 dichiara sotto la propria responsabilità di essere:

Nato/a a: _____ Prov. di (_____)
il _____ Residente a _____
CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____
Tel: _____ / _____ Cod. Fisc. _____
e-mail : _____

dichiara:

di avere la cittadinanza straniera: (indicare la cittadinanza)

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- di avere età 18 anni compiuti al momento della richiesta di adesione al corso;
- di non avere formalizzato, allo stesso tempo, ulteriori richieste di adesione per la stessa Tipologia formativa, presso altri enti beneficiari della misura;
- (per i cittadini stranieri) di conoscere la lingua italiana e di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (è previsto un test di preselezione)
- assolvimento dell'obbligo scolastico; specificare il titolo di studio:.....
- età dai 18 anni ai 40 anni che **hanno presentato la domanda alla Misura 6.1** primo insediamento (**Tipologia 1a**);
- età dai 18 anni ai 40 anni che **non hanno presentato la domanda alla Misura 6.1** primo insediamento (**Tipologia 1b**);
- Imprenditore (indicare numero della p.iva. agricola:.....)
- Addetto agricolo (allegare alla presente iscrizione copia del contratto con l'azienda)
- Coadiuvante agricolo (indicare grado di parentela ed iscrizione INPS:.....)

Firma _____

Si allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
- Fotocopia del codice fiscale

Le domande di iscrizione dovranno essere compilate in ogni parte entro i termini previsti dal bando e potranno essere consegnare **a mano o per posta** all'indirizzo: Via Leandro Ciuffa, 85/87 - 00077 Monte Compatri (Rm).

Si accettano anche le domande (debitamente compilate, firmate e scansionate) inviate tramite **e-mail** a corsi@consorzioroma.it.

Il/la sottoscritto/a _____ presta il proprio consenso, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, al **trattamento dei propri dati personali:**

Acconsento

Non Acconsento

Data _____

Firma _____

Consorzio Ro.Ma.
Sede Legale
Via F. Saverio Correrà, 250
80135 Napoli, NA
P.Iva: 07574701004

Sede operativa di Roma:
Via Leandro Ciuffa, 85/87
00077 Monte Compatri – Rm
Tel:06.95007588/06.9486112
Fax:06.95312094

Sede operativa di Napoli:
Via Don Giovanni Minzoni,17
80026 Casoria - NA
Tel.: 081.5401081
Fax.: 081.2353945