



Regione Puglia

Spett.le
En.A.P. Puglia
Agenzia Formativa di Andria
Via Copernico n. 21
76123 Andria (BT)

Il sottoscritto _____ nato a _____
prov. (____) il _____ e residente a _____
prov. (____) in Via _____ Codice Fiscale
_____, telefono _____, cell. _____

C H I E D E

di essere ammesso alle selezioni del corso dal titolo: "Operatore della trasformazione agroalimentare", finanziato nell'ambito dell'Offerta Formativa di Istruzione e Formazione Professionale - Avviso n. OF/2016 della Regione Puglia, finalizzato all'assolvimento dell'obbligo formativo.

A tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando, e nello specifico:

- Di essere in possesso del Diploma di Scuola Media Inferiore conseguito nell'anno accademico

_____ c/o la Scuola _____ con sede in

_____ prov. (____)

- Di avere meno di 18 anni

_____ lì, _____

L'allievo

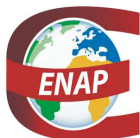
L'esercente la patria potestà

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96

Il sottoscritto _____ autorizza il trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

L'allievo

L'esercente la patria potestà



Ente
Addestramento
Professionale
PUGLIA