



PROGETTO REALIZZATO GRAZIE AI FONDI EUROPEI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI (ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Data \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  F  M

nato/a a: \_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_) il: \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza): Città \_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_)

via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### AZIENDA DI APPARTENENZA

Denominazione azienda _____			
Sede Legale _____	Via _____	N° _____	Cap _____ Prov. _____
P.IVA _____	CF _____	Cod.Settore _____	
Tel _____	Email _____	Ruolo svolto in azienda _____	

### CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO

**Progetto n. 4 Titolo IMPRESA 5.0 Relazioni che Funzionano, Squadre che Crescono**  
**Operazione RIF.PA 2024-23627/RER** approvata con DGR 575/2025\_ del 22/04/2025  
cofinanziata con risorse del **Fondo sociale europeo Plus – FSE+ 2021/2027**

Priorità 1. Occupazione – Obiettivo specifico d) Finanziamento in regime di De Minimis

Sede di realizzazione: NUOVO CESCOT E.R. scarl Via Don Giuseppe Bedetti, 26 40129 Bologna

### A QUESTO FINE DICHIARA

✓ Di essere in possesso del seguente titolo di studio [Codice n. \_\_\_\_\_ scegliere *fra i CODICI nell'elenco in pagina successiva*]  
Tipo di Diploma / Laurea \_\_\_\_\_

✓ Di essere nella **seguente situazione occupazionale (barrare il numero relativo alla situazione e il dettaglio);**

#### CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

**2**  **Occupato** (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)

**Tipologia di contratto:**

- 1  lavoro a tempo indeterminato (compresi lavoratori in CIGO)
- 2  lavoro a tempo determinato (compresi i lavoratori in CIGO)
- 3  lavoratore in CIGS
- 4  apprendistato per la qualifica professionale e per il diploma professionale
- 5  apprendistato professionalizzante
- 6  apprendistato di alta formazione e ricerca
- 7  contratto di somministrazione
- 8  lavoro occasionale / lavoro a progetto / collaborazione coordinata e continuativa
- 9  lavoro autonomo
- 10  imprenditore (titolare società di persone, impresa individuale, titolari e soci studi professionali)

**CONOSCENZA LINGUA ITALIANA (PER UTENZA STRANIERA)**

SI  NO

Di essere Informata/o che il corso si rivolge a: titolari e soci, lavoratori dipendenti, familiari collaboratori, liberi professionisti, di imprese che operano nel settore dei SERVIZI ALLE PERSONE che spaziano dalla ricettività alla ristorazione, dai centri termali alle Beauty Farm, dalle discoteche ai parchi tematici, dai pubblici esercizi all'artigianato alimentare, dai piccoli negozi agli ipermercati etc.

Di rientrare tra i soggetti in possesso dei requisiti sopra indicati;

- ✓ Di accettare di fornire documenti comprovanti le informazioni fornite, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 su richiesta del Nuovo Cescot E.R. e degli Enti finanziatori del progetto;
- ✓ Di essere consapevole delle **sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere**, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ✓ Di essere a conoscenza del fatto che la data di inizio del corso è fornita a puro titolo indicativo. Il Nuovo Cescot E.R. si riserverà, qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti, di posticipare la data di inizio, qualora sorgano particolari problemi organizzativi, di non effettuare il corso.
- ✓ Di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati da Nuovo Cescot ER per l'esecuzione del contratto secondo quanto indicato nell'informativa privacy.

**Ai sensi dell'art. 38 della del DPR n. 445 del 28.12.2000 si allega alla presente, copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:**

tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ emesso il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, dichiara di aver letto l'Informativa **INFO20 edizione 2 del 27 luglio 2023** in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 e 14 del Reg. UE 679/2016 (**allegata**) e che il suo consenso:

- è prestato  è negato alla ricezione di comunicazioni aventi carattere informativo e/o commerciale del Titolare, Nuovo Cescot ER.
- è prestato  è negato alla eventuale pubblicazione di riprese fotografiche e/o video e di non avere nulla a pretendere.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Le chiediamo cortesemente di informarci di come ha saputo del corso (anche più opzioni):**

- 1 -  Social network (Facebook, Instagram, Linkedin, ...)
- 2 -  Email mirata
- 3 -  SMS
- 4 -  Centri di informazione: \_\_\_\_\_
- 5 -  Inserzioni sul giornale: \_\_\_\_\_
- 6 -  Manifesti
- 7 -  Telefonata informativa
- 8 -  Lettera/depliant personale (tramite e-mail o posta)
- 9 -  Confesercenti
- 10 -  Passaparola
- 11 -  Radio/televisione: \_\_\_\_\_
- 12 -  Internet: \_\_\_\_\_
- 13 -  Corsi o seminari
- 14 -  altro: \_\_\_\_\_

CODICE	DESCRIZIONE TITOLO DI STUDIO
1	LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE
2	LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE
3	TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO (SCOLASTICA O FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
4	DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ
5	QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DISPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)
6	DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)
7	LAUREA DI I LIVELLO (TRIENNALE), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO DI I LIVELLO (AFAM)
8	LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA DI II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 ANNI), DIPLOMA ACCADEMICO DI II LIVELLO
9	TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA