



Prot. N. \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

### Operatore/operatrice per la gestione delle attività di centralino (Centralinista telefonico non vedente)

approvato con D.D. N.536 del 07.11.2022 della Regione Puglia

Il/la sottoscritto/a (dati dell'aspirante allievo)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di partecipare al corso **Operatore/operatrice per la gestione delle attività di centralino (Centralinista telefonico non vedente)**

**Alla presente istanza si allegano:**

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia del Codice Fiscale;
- Documento attestante di essere non vedente o ipovedente in base ai seguenti requisiti previsti dalla Legge 29 marzo 1985 n. 113 articolo 1 comma 2: *"Si intendono privi della vista coloro che sono colpiti da cecità assoluta ovvero hanno un residuo visivo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi, anche con correzione di lenti"*
- copia del titolo di studio posseduto (per i minori di anni 21 copia del diploma scuola secondaria di 2° grado)

*Autorizzo al trattamento dei dati personali (ai sensi del REGOLAMENTO UE n. 679/2016 – Codice in materia di protezione dei dati personali), esclusivamente per le attività inerenti lo svolgimento del percorso formativo. Titolare trattamento dei dati: Organismo Formativo "Profeta – Associazione per lo Sviluppo del Territorio)*

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

Firma del corsista

\_\_\_\_\_