



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE



## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - LINEA 2

Spett.le I.FO.L.D.  
ISTITUTO FORMAZIONE LAVORO DONNE  
VIA PERETTI N. 1/B  
09121 CAGLIARI

**PROGRAMMA MAISTRU TORRA**  
**ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DI WORK EXPERIENCE**  
CIG 45130216BD – CUP E24F12000020002

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME ..... NOME .....

NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....

RESIDENTE IN ..... PROV. ....

VIA ..... N° ..... CAP. ....

CODICE FISCALE .....

RECAPITO TELEFONICO: telefono abitazione ..... cellulare .....

E-MAIL .....

## CHIEDE DI PARTECIPARE AL PROGRAMMA MAISTRU TORRA

### LINEA 2

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445  
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

(SBARRARE IL QUADRATINO E COMPLETARE CON I DATI RICHIESTI)

- DI ESSERE IMPRENDITORE/MANAGEMENT DI IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN..... P.IVA.....)
- DI ESSERE QUADRO DI IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN..... P.IVA.....)
- DI ESSERE DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO DI IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN..... P.IVA.....)
- DI ESSERE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DI IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN..... P.IVA.....)



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

DI ESSERE DIPENDENTE PARASUBORDINATO DI IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN..... P.IVA.....)

DI ESSERE APPRENDISTA PRESSO IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN..... P.IVA.....)

DI ESSERE CASSAINTEGRATO DA IMPRESA/ENTE/ORGANIZZAZIONE PRIVATA O PUBBLICA CON SEDE LEGALE E OPERATIVA IN SARDEGNA (SPECIFICARE AZIENDA.....CON SEDE IN ..... P.IVA.....)

DI ESSERE UN LAVORATORE AUTONOMO (P.IVA ..... CON SEDE NEL COMUNE DI .....)

DI ESSERE UN LIBERO PROFESSIONISTA (P.IVA ..... CON SEDE NEL COMUNE DI .....)

**CHIEDE**  
(SBARRARE IL QUADRATINO)

DI SVOLGERE LA WORK EXPERIENCE DELLA DURATA:

DI 10 GIORNI (SE IMPRENDITORE/MANAGER/LIBERO PROFESSIONISTA)

DI 1 MESE (SE OCCUPATO)

IN UNA STRUTTURA CHE OPERA NEL SEGUENTE SETTORE (possono essere barrati più campi. Specificare l'ordine di scelta):

TURISMO SOSTENIBILE, AMBIENTALE E CULTURALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL TURISMO MONTANO

ENERGIE RINNOVABILI

FARMACEUTICO E BIOTECNOLOGIE

AGROALIMENTARE

**ALLEGA**

CURRICULUM VITAE \*

COPIA CARTA IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

DATA ..... FIRMA .....

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo

DATA ..... FIRMA .....

\* II CURRICULUM VITAE POTRÀ ESSERE CONSEGNATO A MANO IL GIORNO DELLE SELEZIONI.