



Progetto co-finanziato  
dall'Unione Europea



Città di Rosarno



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## FONDO A SILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico - Obiettivo Nazionale 2. Integrazione /Migrazione legale - ON 3 - lett J) Governance dei servizi  
- Interventi di sistema per il rafforzamento della prevenzione e del contrasto delle violenze a danno di minori

Spett.le I.S.I.M.  
Via Caduti sul Lavoro n. 14  
88100 – CATANZARO  
e-mail info@isimcalabria.it

Riservato all'Ufficio	Data di arrivo _____	Orario _____
Protocollo acquisizione domanda n. _____		del _____

### DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO FORMATIVO NELL'AMBITO DEL PROGETTO "PREVENTING: mi informo, li proteggerò" CUP: E58H19000180006

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Con la presente chiede l'iscrizione al corso di formazione:

#### "La gestione del MSNA nel sistema scolastico" (durata 8 ore)

A tal fine, consapevole delle conseguenze cui può incorrere in caso di false attestazioni o dichiarazioni mendaci  
(Art. 48-76- D.P.R. 28/12/2000, n. 445), sotto la sua responsabilità

#### DICHIARA

- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

(se diverso dalla residenza)

- di essere domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_



Progetto co-finanziato  
dall'Unione Europea



Città di Rosarno



MINISTERO  
DELL'INTERNO

#### DICHIARA ALTRESÌ

**1. Di appartenere ad uno dei seguenti target di destinatari della formazione:**

Docente

Operatore sanitario/Assistente sociale/Operatore delle strutture pubbliche (Centri di aggregazione e 7o di accoglienza per migranti)

**2. Di aver maturato, ruolo di operatore presso uno degli enti del territorio (Asp, enti pubblici, scuole, parrocchie, centri di aggregazione, altri servizi di accoglienza) i seguenti anni di esperienza professionale**

< ad 1 anno

Da 1 a 3 anni

Da 3 a 5 anni

> a 5 anni

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

**Allega alla presente i seguenti documenti:**

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
2. Fotocopia del codice fiscale;

*Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, e ss.mm. e ii. (GDPR 2016/679), l'I.S.I.M. alla conservazione ed al trattamento dei dati personali richiesti per le finalità formative.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente