

QUALIFICA PROFESSIONALE ESTETISTA 2021-2023

Il/La sottoscritto/a **COGNOME** _____ **NOME** _____

RESIDENZA: Via _____ CITTÀ' _____

Cap. _____ Prov. _____ TEL. _____ CELL. _____

C.F.: _____

FAX _____ E-MAIL _____

RECAPITO (se diverso dalla residenza): _____

Via _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____ Prov. _____

LICENZA SCUOLA OBB.: conseguito nell'anno _____

DIPLOMA DI SC. MEDIA SUP.: _____ (conseguito nell'anno _____)

ULTERIORE TITOLO DI STUDIO E/O QUALIFICA PROFESSIONALE.: _____

CONOSCENZE NELL'AMBITO: _____

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE:

Disoccupato/a Studente (specificare: _____)

Occupato dipendente o autonomo Altro _____

Impiego part-time

DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO/A A PARTECIPARE ALLE SELEZIONI DEL CORSO IN OGGETTO

In base alle norme sull'autocertificazione, la semplificazione e lo snellimento delle certificazioni amministrative (Leggi 15/68, 127/97, 191/98 e DPR 403/98) consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, informato/a di quanto previsto dall'Art.26 della Legge n. 15/68 "le dichiarazioni mendaci la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi penali in materia" ed informato di quanto previsto dall'Art. 11 - 1° comma del DPR 403/98 "le amministrazioni procedenti sono tenute a procedere ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive" dichiaro che quanto detto sopra è vero.

Data _____ Firma _____

Io sottoscritto, con la presente, ad ogni effetto di legge e di regolamento ed in particolare ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 dichiaro che il mio libero, consapevole, informato, specifico ed incondizionato consenso è prestato per il trattamento dei miei dati personali per ricerche di mercato, invio di materiale pubblicitario, svolgimento di attività promozionali da parte dell'ente intestatario, - titolare del trattamento dei dati.

Firma _____

RESTITUIRE LA SCHEDA COMPILATA E FIRMATA ALLEGANDO:

- COPIA CV AGGIORNATO
- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'
- COPIA EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO

Ecipar di Parma scarl -rif.to SARA BISACCHI

Via Sicuri 44/a 43100 Parma

Fax 0521-267070 Tel 0521 267013 sara.bisacchi@eciparpr.com