REGIONE PUGLIA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

PUGLIA FESR·FSE 2014/2020 Il futuro alla portata di tutti

POC PUGLIA 2014-2020

www.in.formazione.it

DOMANDA DI PRE - ISCRIZIONE alla frequenza del Corso "OPERATORE DEL BENESSERE" ind. Erogazione di trattamenti di acconciatura"

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a_____ **il** ___/___/_____

Cod. Fisc. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Residente in _____ **Prov.**___ **Via**_____ **Cap** _____

Domiciliato in _____ **Prov.**___ **Via**_____ **Cap** _____

Recapiti: Telefono abitazione: _____ **Cell.** _____

E-mail: _____

CHIEDE

a codesto ente www.in.formazione.it, di essere iscritto/a per la partecipazione alle selezioni per la frequenza del Corso di cui all' Avviso OF 22.

Si allega:

- **fotocopia del diploma di scuola secondaria di I grado (licenza media);**
- **fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità**
- **Codice Fiscale;**

Andria, ___/___/_____ **firma**