

Azione finanziata nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Programma GOL Garanzia Occupabilità Lavoratori – Missione 5 “Inclusione e coesione”

Componente 1 “Politiche per il lavoro”, Riforma 1.1 “Politiche attive del lavoro e della formazione”

Finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL PERCORSO RESKILLING

**Il/La sottoscritto/a**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Cellulare (per invio codice OTP)** |  |
| **Altro contatto telefonico** |  |
| **E-mail** |  |

**In qualità di *(scegliere una delle opzioni*):**

* **Genitore**
* **Tutore**
* **Curatore**
* **Amministratore di sostegno di**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Data di nascita** |  |

**Chiede di iscrivere il minore o soggetto a tutela o beneficiario di sostegno di cui sopra alla seguente attività formativa:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice progetto** |  |
| **Percorso** |  |
| **Titolo** |  |
| **Soggetto attuatore** |  |
| **Comune svolgimento** |  |

data

nome cognome

La domanda è sottoscritta dal/la richiedente tramite sistema OTP (One Time Password). La ﬁrma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del/la richiedente.