

All. 1 -**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI FORMATORI PROFESSIONISTI ANFOP**

Il/la sottoscritto/a

COGNOME E NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO (via, nc, città)	
CAP E PROVINCIA	
CODICE FISCALE	
E-MAIL	
PEC	
CELLULARE	

In possesso dei requisiti previsti, **chiede di essere iscritto nell'elenco dei Formatori Professionisti ANFOP** e a tal fine, *avvalendomi delle disposizioni in materia di autocertificazione (Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale,*

DICHIARA

a) di essere munito del seguente titolo di studio: _____
 _____ conseguito presso _____ nell'anno _____

b) di possedere _____ (indicare l'esperienza in anni) anni di esperienza nel settore della formazione professionale, istruzione o università;

c) di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

d) di essere immune da condanne penali;

e) di non avere carichi penali pendenti ovvero di _____ (specificare);

f) di godere dei diritti civili e politici.

_____, lì _____

Firma

X -----

A tal uopo, allega alla presente:

- curriculum vitae in formato Europass e firmato;
- copia firmata del documento di identità e del codice fiscale;
- copia della contabile di pagamento della quota associativa di euro 100,00 tramite bonifico al presente IBAN: IT 66 G 07108 16600 000000001099, intestato a ANFOP - causale Nome e Cognome + Formatori Professionisti ANFOP

Altresì,

- Dichiaro di aver preso atto dei requisiti minimi necessari per l'iscrizione nell'elenco dei Formatori Professionisti;
- Dichiaro di aver preso visione dei documenti ufficiali (Statuto e Codice Etico) di ANFOP (reperibili dal sito www.anfop.it) e mi impegno a rispettarli
- Dichiaro di autorizzare l'Associazione ANFOP, ai sensi e nei limiti del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 al trattamento, trasferimento e la diffusione dei dati personali.

_____, lì _____

Firma

X -----