

All'Ente di formazione CIA Consulenze Piemonte UL __
Via Onorato Vigliani 123 Torino (To)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Richiede la conferma d'iscrizione per il Corso di formazione:

CORSO _____ della durata di ____ ORE,
codice CORSO _____ NELL'AMBITO DEL PSR 2014-2022 - Misura 1 – Operazione 1.1.1 Formazione in ambito agricolo.

che si terrà in modalità PRESENZA MISTA FAD, sulla piattaforma G Suite for Education in capo all'Associazione Agricoltura è Vita e nei locali indicati nelle locandine del corso. A tal fine, dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

Cognome e Nome allievo	
Codice Fiscale allievo	
Indirizzo di residenza allievo	
Comune e Provincia	
CAP	
Numero di cellulare	
mail	
Titolo di studio e anno del conseguimento	
Istituto	
Condizione occupazionale	<input type="checkbox"/> TITOLARE; <input type="checkbox"/> COADIUVANTE DI IMPRESA AGRICOLA; <input type="checkbox"/> DIPENDENTE DI IMPRESA AGRICOLA;
Imprenditore agricolo professionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ragione Sociale datore di lavoro	
CUAA	
P.Iva	
Sede legale Datore di lavoro	
Sede operativa Datore di lavoro	
Codice ATECO	
N° TOTALE dipendenti	

Dichiara, inoltre, che i documenti consegnati e le autocertificazioni sono veritieri e di essere al corrente di quanto previsto dalla legislazione vigente in caso di dichiarazioni mendaci. **Dichiara** di essere a conoscenza del Progetto formativo del Corso (ricevuto via mail dalla Segreteria dell'Agenzia Formativa) e di condividerne gli obiettivi formativi. Riceve tutte le **informazioni sui costi**, il **Regolamento FAD** e le **Procedure di accesso alla piattaforma**.

Prende atto che l'iscrizione al corso implica **l'accettazione e la stretta osservanza di tutte le norme** che regolano il rapporto per tutta la durata dell'evento stesso.

[Digitare qui]

L' **Agenzia Formativa** si impegna a condurre gli allievi al raggiungimento degli obiettivi formativi del Corso così come indicati dal Progetto formativo del Corso, mettendo a disposizione tutte le risorse umane e fisiche (strutture, sussidi, laboratori, materiali didattici) necessarie al corretto ed efficace svolgimento delle attività formative e comunicando tempestivamente ogni variazione o modifica del Corso.

Dichiara di essere stato/a informato/a della possibilità di sottoscrivere patti formativi individualizzati con l' Agenzia Formativa.

Per il suddetto Corso è stato comunicato che (*Nome e Cognome compilazione a cura agenzia formativa*) _____ ricopre la funzione di Coordinatore Provinciale e di Tutor dell' Agenzia Formativa e che la funzione di Segreteria dell' Agenzia Formativa viene svolta dall' Ufficio di CIA Consulenze Piemonte.

DATA

FIRMA dell' ALLIEVO

DATA

FIRMA del Coordinatore Provinciale

[Digitare qui]