



Repubblica Italiana



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale

Spett.le l'Agenzia Formativa  
IAL - INNOVAZIONE APPRENDIMENTO  
LAVORO SARDEGNA S.r.l.  
Via IV Novembre, 27  
07100 SASSARI

**Domanda di iscrizione ai corsi di formazione per Apprendisti**  
**OFFERTA FORMATIVA REGIONALE INTEGRATA NELL'AMBITO DEL CONTRATTO DI**  
**APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE O CONTRATTO DI MESTIERE**  
*(Ai sensi dell'art.4, comma 3 del Decreto legislativo 14 settembre 2011, n.167 - Testo Unico dell'Apprendistato)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di Legale Rappresentante dell'azienda \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_

**chiede**

ai sensi:

- dell'art.4, comma 3 del Decreto legislativo 14 settembre 2011, n.167 - Testo Unico dell'Apprendistato
- della deliberazione della G.R. n.17/9 dell'8 maggio 2012 n.19/7 riguardante i provvedimenti attuativi relativi all'apprendistato professionalizzante o contratto di mestiere, con particolare riferimento alle competenze che il Testo Unico dell'Apprendistato assegna alla potestà delle Regioni.

• **di iscrivere** ai corsi di formazione organizzati dall'Ente aggiudicataria del Lotto/Macrosettore: **EDILIZIA** il proprio:

**Apprendista**

<b>Dati Apprendista:</b>	
Nominativo: _____	Codice Fiscale _____
Nato/a a: _____	il _____
Residente in _____	Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza _____	N° _____
Tel.: _____	e-mail: _____
Cittadinanza _____	Data scadenza permesso di soggiorno <i>(nel caso di stranieri)</i> _____

**Titolo di studio**

- Nessun titolo di studio/ Licenza elementare  Licenza media
- Qualifica professionale (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Diploma di maturità/Scuola secondaria superiore (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Laurea o altro titolo universitario (*specificare*) \_\_\_\_\_
- se interrotto**, specificare l'ultimo anno frequentato \_\_\_\_\_

Data di assunzione \_\_\_\_\_ Data scadenza contratto \_\_\_\_\_

Durata contratto (*in mesi*) \_\_\_\_\_ CCNL applicato \_\_\_\_\_

Qualifica professionale da conseguire:  
(**prevista dal CCNL applicato e indicata nel mod. UNILAV**) \_\_\_\_\_

Profilo formativo di riferimento \_\_\_\_\_

**Dati Tutor Aziendale:** (*Da compilare solo se il tutor è formato ed allegare copia attestato*)

Nominativo: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

A tale riguardo, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi

**Dichiara**

Che **ha** presentato il Piano Formativo Individuale dell'apprendista in data: \_\_\_\_\_ all'Ente: \_\_\_\_\_ e che lo stesso è stato validato con  nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Che **non** ha presentato il P.F.I.;

Che il rapporto del Tutor con l'Azienda è:

Titolare  Coadiuvante familiare  Socio dell'azienda

Dipendente Livello di inquadramento \_\_\_\_\_ Anni di esperienza nel settore \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Il Rappresentante Legale)  
Timbro e firma per esteso leggibile

*Il sottoscritto consapevole dei propri diritti in merito al trattamento dei dati personali come previsto dal D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e successive s.m.i., autorizza il Raggruppamento Temporaneo, aggiudicatario del Lotto/Macrosettore in indirizzo al trattamento e diffusione dei dati forniti nella presente domanda esclusivamente per i fini riguardanti le procedure in materia di Formazione.*

---

(Il Rappresentante Legale)

*Timbro e firma per esteso leggibile*

**Si allega:**

- fotocopia documento di identità rappresentante legale
- fotocopia dell'attestato di formazione del Tutor aziendale