**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO**

**“LEARN BY DOING!”**

**AVVISO PUBBLICO DICRIMINATION FREE**

**Cooperativa Sociale C.A.P.S**

**Soggetto capofila**

**in ATS con Comune di Bari**

**Consorzio fra Cooperative Sociali Elpendù**

**Associazione UNISCO Network per lo sviluppo locale**

**Immagine che contiene orologio

Descrizione generata automaticamente**

**Il/La sottoscritto/a**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | NOME | |  | |
| **Luogo di nascita** *(città e Provincia)* |  | **Data di nascita** | |  | |
| **Cittadinanza** |  | **Codice Fiscale** | |  | |
| **Residente a** *(città e Provincia)* |  | **C.A.P.** | |  | |
| **Indirizzo** |  | | | | |
| *Compilare se diverso dalla residenza* | | | | | |
| ***Domiciliato/a a*** |  | | ***CAP*** | |  |
| ***Indirizzo*** |  | | | | |
| **Codice fiscale** |  | | | | |
| **Telefono fisso** |  | | **Cell.** | |  |
| **e-mail***(scrivere in stampatello)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Documento identità** |  | | **N°** | |  |
| **Rilasciato da** |  | | **In data** | |  |

**CHIEDE**

**di partecipare al progetto “Learn by Doing!”**

**ALLEGA**

**alla presente domanda seguente documentazione:**

1. FOTOCOPIA DOCUMENTO VALIDO DI IDENTITA’
2. FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
3. AUTORIZZAZIONE DEL TUTORE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI (IN CASO DI CANDIDATI DI MINORE ETÀ
4. DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL TUTORE (IN CASO DI CANDIDATI DI MINORE ETÀ)
5. ALTRO(specificare) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luogo |  | data | giorno | mese | anno | firma | 🖋 |

|  |
| --- |
| ***DLgs n° 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 2016/679) -Tutela della privacy***  *Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del* *GDPR (Regolamento UE 2016/679) Le forniamo le seguenti indicazioni:*   1. *i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione;* 2. *il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;* 3. *il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;* 4. *titolare del trattamento è il Legale Rappresentante della Cooperativa Sociale CAPS* 5. *I dati non saranno divulgati o ceduti a terzi;* 6. *In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui all'art.7 del DLgs n°196/2003 (accesso, correzione, cancellazione,opposizione al trattamento, ecc.), rivolgendosi direttamente alla Cooperativa sociale C.A.P.S.*   *La presente sottoscrizione non necessita di autentica purché trasmessa unitamente a fotocopia di un* ***documento di identità*** *di chi sottoscrive.* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luogo |  | data | giorno | mese | anno | firma | 🖋 |

**NOTE IMPORTANTI**

In caso di ricevimento di numero domande di partecipazione superiore a 18 si procederà alla selezione dei partecipanti con tempi e modalità che verranno comunicate ai partecipanti.

La **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE** dovrà pervenire **entro il termine del 20/11/2020 ore 12.00** a mezzo (alternative a scelta del candidato):

* PEC (Posta Elettronica Certificata) all’indirizzo caps@pec.coopcaps.it specificando nell’oggetto “DISCRIMINATION FREE – CANDIDATURA - (nome/cognome del candidato)”
* Email (Posta Elettronica) all’indirizzo segreteria@coopcaps.it, specificando nell’oggetto “DISCRIMINATION FREE - Candidatura - (nome/cognome del candidato)”.
* Raccomandata A/R: da inviare a Cooperativa Sociale CAPS in Via V. Ricchioni, n.1 – 70132 BARI, inserendo sulla busta la seguente dicitura: “DISCRIMINATION FREE - Candidatura - (nome/cognome del candidato)”.

Firma per presa visione ed accettazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_