



FINANZIATO da
 POR PUGLIA 2014-2020
 ASSE IX-Azione 9.5, Sub-azione 9.5.a.

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



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	
<i>Compilare se diverso dalla residenza</i>	
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)



FINANZIATO da
 POR PUGLIA 2014-2020
 ASSE IX-Azione 9.5, Sub-azione 9.5.a.

5. ALTRO(specificare)

luogo		data				firma
			giorno	mese	anno	

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				firma
			giorno	mese	anno	

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
