

Corso di formazione professionale per ADDETTO ARTIERE

gestito da Percorsi Srl, in affidamento ex artt. 20 e 27 D.Lgs. 163/2006 dalla Provincia di Pisa,
in collaborazione con Alfea Spa

AUTORIZZAZIONE PER CANDIDATI MINORENNI

(Da compilare e firmare a cura dei genitori o del tutore)

(si prega di scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

in qualità di (indicare grado di parentela) _____

del candidato al corso di formazione professionale per “Addetto Artiere” (nome e cognome del candidato) _____, riguardo allo stesso candidato,

DICHIARA

- di autorizzare durante la selezione l'effettuazione delle prove pratiche a cavallo e di atletica
- di sollevare l'Ente Gestore del corso da qualsiasi responsabilità civile e penale in caso di incidente nell'effettuazione delle prove di selezione.
- di autorizzare Percorsi Srl e la Società Alfea Spa all'uso, per scopi promozionali delle attività di formazione professionale, di foto e filmati realizzati durante lo svolgimento delle prove di selezione e del corso, in caso di ammissione. SI NO
- in caso di ammissione al corso, di autorizzare il candidato a partecipare allo stage di 500 ore, che si terrà presso scuderie del territorio nazionale ed europeo, sollevando l'allenatore ospitante e gli organizzatori del corso da qualsiasi responsabilità nelle ore del tempo libero, sia diurne che notturne.
- in caso di ammissione al corso, di autorizzare il candidato ad uscire nelle ore extra corso, previa produzione specifica di autorizzazione.

Dichiara, altresì che il candidato è:

- in possesso di polizza infortuni** personale che copre le prove da sostenere in fase di selezione
- non in possesso di polizza infortuni** personale che copre le prove da sostenere in fase di selezione

In fede.
(Firma leggibile dei genitori o del tutore)

(Luogo e data)

CORSO FORMAZIONE PROFESSIONALE PER "ADDETTO ARTIERE"

CURRICULUM E SCHEDA DATI PERSONALI DEL CANDIDATO

(si prega di scrivere in stampatello)

INCOLLARE
FOTO
TESSERA

Cognome _____ Nome _____

Domicilio: Via _____ Città _____ provincia _____ cap _____

Tel. _____ Cellulare _____ Fax _____ E-mail _____

luogo di nascita _____ provincia _____ data nascita _____

CODICE FISCALE _____

età _____ peso _____ altezza _____ taglia maglia/giubbotto XS S M

USL di appartenenza n° _____ n° libretto sanitario _____

Titolo di studio conseguito _____ anno _____ votazione _____

Lingua straniera studiata _____

- Ha mai svolto lavori, con un contratto regolare? SI NO
- Se sì, quali e in che periodo? _____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____

- Ha mai subito condanne penali o civili? SI NO
- E' mai stato recluso? SI NO

ESPERIENZE NEL SETTORE IPPICO

- Dare una breve descrizione di eventuali esperienze pregresse nel settore ippico, indicando il tipo ed il periodo:
(in caso di spazio insufficiente allegare un foglio)

HOBBIES

- Descriva le attività cui si dedica nel corso del suo tempo libero (sport, letture etc...)

DATI MEDICI

(segnare con una x la risposta dove richiesto)

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Ha mai avuto incidenti seri od operazioni chirurgiche? | SI | NO |
| 2. E' stato ricoverato in ospedale negli ultimi due anni?
Se sì, per che cosa? | SI | NO |
| <hr/> | | |
| 3. Ha qualche difetto visivo? | SI | NO |
| Se sì, è corretto con l'uso di occhiali o lenti a contatto? | SI | NO |
| 4. Ha qualche difetto uditivo? | SI | NO |
| Se sì, è corretto con un apparecchio? | SI | NO |
| 5. Si è mai fratturato ossa? | SI | NO |
| Se sì, in che anno e quali? | | |
| <hr/> | | |
| 6. E' attualmente in cura o prende abitualmente farmaci? | SI | NO |
| Se sì, di che tipo? | | |
| <hr/> | | |
| 7. E' attualmente affetto o ha mai sofferto di: | | |
| a) una seria malattia o infermità? | SI | NO |
| Se sì, ha un'invalidità certificata? | SI | NO |
| Se sì, di che entità? | | |
| <hr/> | | |
| b) asma o altre malattie polmonari? | SI | NO |
| c) epilessia, amnesie, attacchi di panico, convulsioni? | SI | NO |
| d) allergie (per esempio ad animali, medicinali, alimenti)? | SI | NO |
| e) diabete? | SI | NO |
| f) problemi alla schiena o alle articolazioni? | SI | NO |
| g) eczemi, dermatiti o altre malattie della pelle? | SI | NO |
| h) ernia od ulcera? | SI | NO |

• Come ha avuto notizia dello svolgimento di questo corso?

- Centri di Formazione Professionale Provinciali o Regionali
- Centro per l'impiego
- Sindacati
- Scuola
- Radio
- Giornali
- Informagiovani
- Ippodromo
- Scuola di equitazione
- Televisione
- Amici o parenti

(ATTENZIONE: FIRMA DI UN GENITORE O DEL TUTORE)

Il sottoscritto _____ genitore o tutore dell'allievo sopra indicato dichiara sotto la propria responsabilità la verità di quanto sopra dichiarato e autorizza, ai fini del D.Lgs.196/03, l'utilizzo dei dati sopra dichiarati per lo svolgimento del corso.

In fede. (Firma leggibile e in allegato fotocopia del documento d'identità)

Data _____