

## 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

### DICHIARAZIONE PER CANDIDATI MAGGIORENNI

(si prega di scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

candidato al corso di formazione professionale per “Addetto Artiere”,

#### DICHIARA

- di voler effettuare durante la selezione le prove pratiche a cavallo e di atletica sotto la propria responsabilità.
- 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

Dichiara, altresì di essere:

- 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)

---

Pisa, .....

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?<br>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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_