

**CERTIFICAZIONE DITALS BASE**  
**Ripetizione parziale o totale degli esami non superati**

**Proposta di adesione all'esame nella sessione del 19 LUGLIO 2019**

che si svolgerà presso EUROFORMAZIONE srl - Atripalda (AV) \_\_\_\_\_

*(indicare la denominazione dell'Ente presso il quale si intende sostenere l'esame)*

l sottoscritt \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

*(ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 dello stesso)*

**dichiara**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di cittadinanza \_\_\_\_\_

e di essere residente in \_\_\_\_\_

(indirizzo completo)

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**e di dover sostenere di nuovo le seguenti prove:**

**Sezione A**

**Sezione B**

**Sezione C**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Il dichiarante*

**(firma leggibile e per esteso)**

*..l. sottoscritt. \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali n. 2016/679, per finalità inerenti ai compiti istituzionali dell'amministrazione e che potranno inoltre essere comunicati alle amministrazioni pubbliche in base a norme di legge o di regolamento o comunque nel caso sia necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali.*

*Dichiara inoltre di esprimere il proprio consenso alla trasmissione del nome, cognome ed indirizzo a ditte o enti che ne facciano richiesta e che dichiarino di utilizzare i dati forniti solo al fine di attivare eventuali rapporti di lavoro o pubblicizzare attività formative/culturali.*

*Il sottoscritto si riserva i diritti previsti e garantiti dal Regolamento UE 679/2016.*

(data) \_\_\_\_\_

*Il dichiarante (firma leggibile e per esteso)* \_\_\_\_\_

**Allegare la fotocopia di un documento di identità**