

Spett.le  
**GAC Il Sole e l'Azzurro, Tra Selinunte, Sciacca e Vigata**  
 Piazza Angelo Scandalato, s.n.  
 c/o Centro di Educazione Ambientale "G. Castellucci"  
 92019 - Sciacca (AG)

l sottoscritto/a

Cognome	Nome	Nato/a	Il
Residente a	Via/Piazza n.	C.a.p.	Codice Fiscale
Indirizzo e-mail	Tel. Abitazione	Tel. Cellulare	

**Chiede di partecipare al corso per:**

- MODALITÀ DI GESTIONE DELL'ATTIVITÀ DI PESCATURISMO E ITTITURISMO (94 ORE)  
 MODALITÀ DI GESTIONE DELLA VENDITA DEL PESCATO (54 ORE)  
 IGIENE E SICUREZZA ALIMENTARE E/O SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO E/O SICUREZZA IN MARE (92 ORE)

Tra cui in particolare i seguenti distinti moduli:

- IGIENE E SICUREZZA ALIMENTARE: ALIMENTARISTI - RISCHIO ALTO (12 ORE)  
 SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IN MARE: ADDETTI LOTTA INCENDI - RISCHIO MEDIO (8 ORE)  
 SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IN MARE: PRIMO SOCCORSO (12 ORE)  
 SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IN MARE: RLS (28 ORE)  
 SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IN MARE: RSPP RISCHIO MEDIO (32 ORE)

A tal fine ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni e conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli art. 75 e 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di risiedere a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

di avere la cittadinanza \_\_\_\_\_  di godere dei diritti civili e politici;

di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_;

di essere nella seguente condizione professionale: \_\_\_\_\_;

di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell'intervento e che in caso di soprannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, sarà effettuata una selezione.

**Luogo e Data**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (sottoscritta ai sensi del DPR 445/2000)

l sottoscritto/a \_\_\_\_\_ al fine di consentire il corretto svolgimento delle attività,

**AUTORIZZA**

la Green Life Soc. Coop. al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

**Luogo e Data**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (sottoscritta ai sensi del DPR 445/2000)

**Allegati:**  Copia documento di riconoscimento  Copia codice fiscale  Copia Tesserino Pescatori