

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/19\_\_\_ -  
C.F. \_\_\_\_\_ registrato al portale Garanzia  
Giovani Sicilia in data \_\_\_\_\_ ed in possesso dello  
stato di disoccupazione o inoccupazione ai sensi del D.Lgs. 181/2000,

*DICHIARA*

di voler partecipare al corso per \_\_\_\_\_  
di 200 ore che verrà attivato dall'Ente Centro Siciliano per la Formazione  
Professionale CE.SI.FO.P. nella sede erogativa di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), inserito nel Catalogo  
dell'Offerta Formativa per i Giovani.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia documento di riconoscimento valido.