



Consorzio per la Formazione Internazionale



**47° CORSO DI PERFEZIONAMENTO ALLE FUNZIONI
TECNICHE E DIRETTIVE AZIENDALI**
27 APRILE – 3 LUGLIO 2009



DOMANDA DI AMMISSIONE

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

LA _____ ORGANIZZAZIONE (NOME PER ESTESO)				
INDIRIZZO _____ via cap. città				
PAESE	PREFISSO	TEL.	FAX	E-MAIL
PROPONE _____ NOME DEL CANDIDATO				
SETTORE DI PERFEZIONAMENTO _____				
MOTIVAZIONE _____ _____ _____				
DATA _____		FIRMA DEL RESPONSABILE _____		

LA DOMANDA DEVE ESSERE INVIATA AL:

<p>Consorzio per la Formazione Internazionale - CFI Via XX Settembre, 3 00187 - Roma Tel.: +39 06. 6976 01 Fax: +39 06. 69760199 E mail: cfiroma@tiscali.it / info@cfiroma.org e alla Rappresentanza Diplomatica Italiana</p> <p>ENTRO il 30 MARZO 2009</p>	<p>FOTO DEL CANDIDATO</p>
---	---------------------------

N.B.: LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA A STAMPATELLO O A MACCHINA E INVIATA PREFERIBILMENTE PER POSTA O PER VIA TELEMATICA

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- A) CURRICULUM DETTAGLIATO
- B) CERTIFICATI E DIPLOMA CHE ATTESTINO GLI STUDI COMPIUTI
- C) DICHIARAZIONE DI RIENTRO IN PATRIA AL TERMINE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA NON VERRÀ RESTITUITA

SCHEDA INFORMATIVA PERSONALE

COGNOME		NOME		SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<i>INDIRIZZO PRIVATO</i>					
VIA: _____					
CAP.: _____		CITTÀ: _____		PAESE: _____	
<i>TELEFONO</i>					
PREFISSO: _____		NUMERO: _____		FAX: _____ E-MAIL: _____	
<i>PAESE E LUOGO DI NASCITA</i>		<i>DATA DI NASCITA</i>	<i>ETÀ</i>	<i>NAZIONALITÀ</i>	<i>STATO CIVILE</i>

FORMAZIONE SCOLASTICA (indicare per primo il titolo superiore e di seguito gli altri)

TITOLO	ISTITUZIONE	DURATA

ISCRIZIONE AD ALBO PROFESSIONALE O ALTRE ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI O NAZIONALI

SOGGIORNI ALL'ESTERO PER MOTIVI DI STUDIO O PROFESSIONALI

PAESE	MOTIVAZIONI	PERIODO

IMPIEGO ATTUALE

DENOMINAZIONE PER ESTESO DEL DATORE DI LAVORO
<i>INDIRIZZO COMPLETO SEDE DI LAVORO</i>
VIA: _____
CAP.: _____ CITTÀ: _____ PAESE: _____
<i>TELEFONO</i>
PREFISSO: _____ NUMERO: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____
INDICARE IL SETTORE DI ATTIVITÀ DELLA SOCIETÀ E IL NUMERO DI DIPENDENTI:
DESCRIZIONE DELLE MANSIONI E LIVELLO DI RESPONSABILITÀ PERSONALE:
ATTUALE POSIZIONE PROFESSIONALE E ANNI DI SERVIZIO
EVENTUALE FUTURA POSIZIONE

ESPERIENZE DI LAVORO DEGLI ULTIMI CINQUE ANNI

AZIENDA	PERIODO	INCARICO

DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA DI PERFEZIONAMENTO CHE IL CANDIDATO DESIDERA SEGUIRE

SETTORE DI PERFEZIONAMENTO
TEMI CHE IL CANDIDATO DESIDERA APPROFONDIRE DURANTE GLI STAGE IN RELAZIONE ALLE ESPERIENZE DI FORMAZIONE GIÀ REALIZZATE
OBIETTIVI PERSONALI E AZIENDALI

DICHIARAZIONE DEL CANDIDATO SUL FINANZIAMENTO PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO

<p>IL CANDIDATO CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI STUDIO?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>NEL CASO IN CUI NON FOSSE POSSIBILE ASSEGNARE UNA BORSA CFI O MAE SPECIFICARE SE SI INTENDE PARTECIPARE AL CORSO CON BORSE DI STUDIO DI ALTRI ENTI FINANZIATORI O A PROPRIE SPESE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>LE SPESE DI VIAGGIO DAL PAESE DI ORIGINE E RITORNO POSSONO ESSERE SOSTENUTE DAL CANDIDATO O DA ALTRI?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SPECIFICARE CHI</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---	---

<p>IN CHE MODO IL CANDIDATO È VENUTO A CONOSCENZA DEL PROGRAMMA?</p> <p>_____</p>

<p>IO SOTTOSCRITTO, DICHIARO DI AVER PRESO CONOSCENZA DEL BANDO RELATIVO AL CORSO IN OGGETTO E DI ACCETTARNE LE CONDIZIONI E I TERMINI. DICHIARO INOLTRE CHE LE INFORMAZIONI DA ME FORNITE NELLA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE SONO VERE E COMPLETE E NE AUTORIZZO L'INTERO TRATTAMENTO E LA COMUNICAZIONE A TERZI PER LE FINALITÀ PREVISTE AI SENSI DELLA LEGGE 31/12/1996 N° 675</p>	
<p>DATA</p>	<p>FIRMA</p>

LINGUE STRANIERE CONOSCIUTE

	CAPITA		PARLATA		SCRITTA	
	BUONO	SCARSO	BUONO	SCARSO	BUONO	SCARSO

ATTESTATO DI CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA

LA SCUOLA (DENOMINAZIONE E INDIRIZZO)	
DICHARA CHE IL CANDIDATO HA FREQUENTATO I CORSI DI LINGUA ITALIANA DELLA DURATA DI	
OTTENENDO I SEGUENTI RISULTATI	
DATA	FIRMA E TIMBRO

ATTESTATO DI CONOSCENZA DELLA LINGUA INGLESE

THE SCHOOL (NAME AND ADDRESS)	
DECLARES: TEST PASSED (ABILITY TO UNDERSTAND AND TO SPEAK)	
RESULTS	
DATE	SIGNATURE

CERTIFICATO MEDICO

NOME DEL CANDIDATO	
LA PERSONA ESAMINATA ATTUALMENTE GODE DI BUONA SALUTE?	
SOFFRE O HA SOFFERTO DI MALATTIE CHE POTREBBERO AVER BISOGNO DI CURE DURANTE IL CORSO?	
É FISICAMENTE E PSICOLOGICAMENTE IN GRADO DI AFFRONTARE UN CORSO INTENSIVO LONTANO DAL PAESE DI ORIGINE?	
È AFFETTO DA MALATTIE CONTAGIOSE CHE POTREBBERO ESSERE DANNOSE A SÉ E AGLI ALTRI?	
ESAMI CLINICI EFFETTUATI	
NOME DEL MEDICO	
INDIRIZZO ESATTO DEL LUOGO DI LAVORO DEL MEDICO	
DATA	FIRMA E TIMBRO