

## delle falegnamerie



Viale Portone 4  
casella postale 1220/1319  
CH-6500 Bellinzona  
tel. +41 91 821 10 60  
fax +41 91 821 10 99  
info@cpcedilizia.ch  
www.cpcedilizia.ch

**Modulo per la richiesta di finanziamento nell'ambito della formazione professionale nel settore delle falegnamerie**

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e presentata entro 60 giorni dalla fine della rispettiva formazione. L'approvazione e l'elaborazione della domanda si basa sulle disposizioni del Regolamento per la concessione di finanziamenti nell'ambito della formazione nel settore delle falegnamerie del 25 agosto 2022, che può essere visionato e scaricato dal sito <https://www.cpcedilizia.ch/commissione/falegnami/n-a>.

**Dati personali del richiedente**

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

n. AVS: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_

figli a carico: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

NAP, località: \_\_\_\_\_

N. tel.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Nome della banca: \_\_\_\_\_

N. IBAN: \_\_\_\_\_

**Dati relativi la formazione (da compilare della scuola)**

Centro di formazione: \_\_\_\_\_

☐ Höhere Fachschule Bürgenstock☐ \_\_\_\_\_

Denominazione del corso: \_\_\_\_\_

Corso n./modulo n.: \_\_\_\_\_

Data inizio corso: \_\_\_\_\_

Data fine corso: \_\_\_\_\_

Durata del corso in ore: \_\_\_\_\_

Data esame finale: \_\_\_\_\_

La tassa di iscrizione al corso  
è a carico del: \_\_\_\_\_☐ datore di lavoro☐ partecipante al corsoIl sussidio deve essere  
versato al: \_\_\_\_\_☐ datore di lavoro☐ partecipante al corso

**Attività professionale**

Professione appresa: \_\_\_\_\_

Impiegato come: \_\_\_\_\_

Completamento della formazione professionale (anno): \_\_\_\_\_

**Datori di lavoro (ultimi due anni)**

Ditta	NAP / Luogo	Impiegato dal / al

**Conferma del datore di lavoro**

Il sottoscritto datore di lavoro certifica che la presente domanda è stata compilata correttamente e conferma che provvederà alla trattenuta del contributo paritetico ai sensi dell'art. 10 CCL dal salario del richiedente per tutta la durata del rapporto.

\_\_\_\_\_  
Località, data\_\_\_\_\_  
**Timbro e firma del datore di lavoro**\_\_\_\_\_  
Località, data\_\_\_\_\_  
**Timbro e firma del centro di formazione**\_\_\_\_\_  
Località, data\_\_\_\_\_  
**Firma del partecipante al corso**