


ProXima

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)

Compilazione a cura del Soggetto attuatore *(compilare una scheda per ogni richiedente)*

A. Identificazione dell'intervento

Titolo dell'intervento	
Codice dell'intervento	
Fondo <i>(specificare se si tratta di FSE o di altre fonti di finanziamento)</i>	
Asse – Obiettivo specifico	
Soggetto attuatore	
Sede dell'intervento	



B. Indicare il criterio utilizzato nella selezione dei destinatari:

1	Selezione in base alle attitudini e alla motivazione	
2	Selezione in base alle competenze/skills	
3	Selezione in base all'ordine di arrivo delle domande d'iscrizione	
4	Nessuna selezione	
5	Utenza predeterminata:..... (specificare)	
6	Altro:..... (specificare)	

C. A seguito della selezione, il richiedente è:

1	Ammesso all'intervento	
2	Non ammesso all'intervento	

Compilazione a cura del destinatario (compilare una scheda per ogni singolo destinatario)

Marca da bollo € 16,00			
---------------------------	--	---	--

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO "Corso di prima formazione per Operatori Socio Sanitari" cod. 433/2024 Riconosciuto da Alfa Liguria

(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)

...l... sottoscritto/a nato/a il | | | - | | | - | | | | |
a (.....) Stato.....
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere iscritto/a a frequentare/partecipare all'intervento indicato e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di mendaci dichiarazioni in base agli art. 496 del Codice penale e art.76 del DPR 455 del 28/12/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,

DICHIARA

• di avere la seguente cittadinanza:.....

• di risiedere in:

Via/Piazza..... n°..... C.A.P.....
Località..... Prov..... Tel. Abitazione*...../
Telefono cellulare*...../..... e-mail*

**) È obbligatorio indicare almeno uno dei tre recapiti richiesti*

• di avere il domicilio in (solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio):

Via/Piazza..... n°..... C.A.P.....
Località..... Prov..... Tel. Abitazione...../.....

• di essere:

1	Uomo	
2	Donna	

• di essere in possesso del seguente titolo di studio: (se in possesso di più titoli, indicare il titolo più alto - una sola risposta)

NESSUN TITOLO	
LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO di VALUTAZIONE FINALE	
LICENZA MEDIA/AVVIAMENTO PROFESSIONALE	
TITOLO di ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)	
DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ	
QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)	
DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)	

LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)	
LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)	
TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA	

specificare il titolo di studio:

- **di essere nella seguente condizione occupazionale:** *(indicare una sola risposta)*

In cerca di prima occupazione	
Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)	
Lavoratori autonomi	
Lavoratori a tempo indeterminato (tutti i contratti a tempo indeterminato, comprese tutele crescenti, in somministrazione, intermittente con l'esclusione dell'apprendistato)	
Tirocinanti e <i>work experience</i>	
CIG	
Lavoratori precari (tutti i contratti a termine: a tempo determinato standard, per sostituzione, a progetto/co.co.pro, in somministrazione, intermittente, occasionale, altra forma contrattuale)	
Apprendisti	
Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)	
Studente	

di essere a conoscenza che:

- La durata del corso è di n. 1000
- La frequenza è obbligatoria. Le assenze consentite non possono superare il 10% delle ore complessive pari a 100 ore così ripartite
- Il costo del corso è di € 2.500,00 onnicomprensivi

INFORMATIVA AI SENSI DEL Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'UE (GDPR 2016/679, Articolo 13) e dal D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii "Codice della Privacy"

Il Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" prevede che chiunque fornisca dati riferiti a se stesso riceva una serie di informazioni sul loro trattamento.

I dati conferiti saranno trattati e contenuti in banche dati allo scopo di consentire la gestione elettronica dell'attività formativa in relazione al quale il conferimento di dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe comportare la mancata o parziale definizione del procedimento amministrativo.

Titolare del trattamento dei dati è ENDOFAP Liguria nella persona del legale rappresentante.

Gli estratti dei dati saranno comunicati a enti e soggetti coinvolti nella gestione del corso.

Per l'esercizio dei diritti riconosciuto dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 potrà rivolgersi a ENDOFAP Liguria.

Data _____

Firma leggibile per esteso per presa conoscenza
