

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
A CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
AUTORIZZATO DA REGIONE CAMPANIA**

All'Agenzia Formativa PUNTO FORM

(riportare la denominazione)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

oppure (compilare da parte del genitore/tutore nel caso di allievo minorenni)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
per conto del proprio figlio _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

recapito telefonico fisso (1)* _____ recapito telefonico fisso (2) _____
recapito telefonico mobile (1)* _____ recapito telefonico mobile (2) _____
indirizzo e-mail (1)* _____ indirizzo e-mail (2) _____

**(obbligatorio)*

CONSAPEVOLE

Delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio),

CHIEDE

di essere iscritto/richiedere l'iscrizione di _____ al
Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo *(compilare il percorso*

interessato): OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE

avente durata pari a 300 ore, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. 03337/10/22
del _____, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di MARIGLIANELLA (NA)
all'indirizzo VIA 11 SETTEMBRE 2001, 32 Bis

A tal fine dichiara:

1. di essere in possesso/ che il proprio figlio è in possesso di:

Titolo di Studio _____ conseguito il _____
presso _____.

Oppure: Qualifica richiesta per la frequenza al corso (*se diversa dal titolo di studio*)
_____ conseguita il _____
presso _____.

2. (*eventuale*) di aver contestualmente presentato richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso (*se applicabili*) come da documentazione allegata.
3. (*nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea*), di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso come da copia allegata.
4. di essere a conoscenza degli obblighi previsti da Regione Campania in merito alle modalità di partecipazione alle attività formative ed in particolare di essere a conoscenza che è previsto l'obbligo di frequenza per almeno il ...~~80~~...% (OTTANTA per cento – *da indicare in lettere*) del monte ore COMPLESSIVO del corso al fine di poter essere ammesso all'esame finale e che il percorso formativo prevede lo svolgimento delle seguenti attività:

- AULA (monte ore pari a: 210) di cui ore FAD /E-Learning 84
- LABORATORIO (monte ore pari a: 90)
- STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: _____)

(eliminare la parte che non interessa)

5. di essere a conoscenza che il Titolo di Studio o Qualifica richiesta per la frequenza al corso è
_____ ASSOLVIMENTO OBBLIGO SCOLASTICO _____

DICHIARA, INOLTRE,

**DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € 150
(EURO 150 *in lettere* CENTOCINQUANTA) E DI ESSERE IN POSSESSO DI
REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.**

Oppure

**DI AVER VERSATO IL PRIMO ACCONTO PARI AD € _____ (Euro
_____ *in lettere* _____) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI
PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (Euro _____ *in lettere* _____)
E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.**

Allega: 1) documento di identità n. _____ dal _____, in corso di validità,
rilasciato in data _____

- 2) richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso (*eventuale*).
- 3) copia permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso (*nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea*).

Luogo e data _____

Firma _____

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del Trattamento: I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di frequentare un corso di formazione professionale e di ammissione all'esame finale per il rilascio di un attestato/qualifica.

2. Modalità del Trattamento: Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano l'utilizzo di sistemi informatici (*Piattaforma Regionale SILF*).

3. Conferimento dei dati: Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la non iscrizione al corso.

4. Comunicazione e diffusione dei dati: I dati forniti potranno (essere/saranno) comunicati a: Regione Campania – Direzione Generale Istruzione Formazione Lavoro e Politiche Giovanili. I dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione ma inseriti in una piattaforma regionale per attività istituzionali di monitoraggio e controllo.

5. Titolare del Trattamento: Il titolare del trattamento dei dati personali èGIANPAOLO PICCOLO - PUNTO FORM

6. Diritti dell'interessato: In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata aPUNTO FORM....., all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mailpuntoformsrl@gmail.com.....

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, lì

Firma

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

☒ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☒ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell'informativa.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA FORMATIVA / SOGGETTO ATTUATORE DEL CORSO

La presente domanda di iscrizione al corso di formazione professionale per il profilo di _____ OSA _____ viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia

