



ALLEGATO 2

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

**Compilare solo i campi indicati dalle frecce*

All'Agenzia Formativa Ci.effe.p. srls

→ 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) * _____
**(facoltativo)*

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 **OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE** al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo *(compilare il percorso interessato)*:

avente durata pari a _____ ore, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. _____ del _____, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di _____, all'indirizzo _____.

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% (..... 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: _____ di cui ore FAD /E-Learning _____)
- LABORATORIO (monte ore pari a: _____)
- 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

DICHIARA, INOLTRE,

DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (EURO _____ *in lettere* _____) 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 DIREGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Allega:

1. documento di identità n. _____, in corso di validità, rilasciato in data _____ dal _____
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 è

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 a, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail

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

Luogo, li 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 _____ viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia

CIEFFE P s.r.l.s
Via Giuseppe Garibaldi, 21
80047 San Giuseppe Ves. no (NA)
P.IVA 08988721216