Scheda di adesione

PRIMA FORMAZIONE PER OPERATORI SOCIO SANITARI (O.S.S.)

...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,

Dichiara

di avere la cittadinanza: .....n. di permesso di soggiorno del.....scadenza.....

di risiedere in Via/Piazza.....n° .....

C.A.P. ..... Località ..... Prov. .....

Tel. Abitazione ...../.....Telefono cellulare...../.....e-mail .....

(Nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di avere il domicilio in Via/Piazza .....

C.A.P. ..... Località .....Prov. .....

Tel. Abitazione ...../.....

- **Di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....**
- **Di essere nella seguente condizione professionale: .....**
- **Di avere preso atto del contenuto della scheda informativa approvata da Alfa Liguria allegata e controfirmata per presa visione**
- **Di essere consapevole che il corso verrà avviato al raggiungimento di 30 iscritti**
- **Di essere al corrente del fatto che la parte teorica del corso potrà essere svolta in sede diversa da Via C.Festa 9-11 ma comunque nell'area del comune di Arenzano**

Dichiara infine:
di essere a conoscenza che l'accettazione dell'iscrizione definitiva al corso da parte dell'Organo Formativo è subordinata al superamento di un colloquio attitudinale.
Allega infine la dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali (D.Lgs. N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003).

Data,.....FIRMA DEL RICHIEDENTE_____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.Lgs. N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

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 da Lei conferiti saranno trattati e contenuti in banche dati allo scopo di consentire la gestione elettronica del procedimento amministrativo 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 l'Amministrazione Provinciale o regionale di riferimento, responsabile del trattamento è il Funzionario individuato dall'Amministrazione di riferimento.
Il contenuto di tali banche dati sarà inoltre utilizzato dall'Amministrazione Provinciale o regionale di riferimento per effettuare ricerche anonime di tipo statistico e per creare indirizzari, aggiornati a seguito di vostra comunicazione scritta. Gli estratti dei dati saranno comunicati a enti e soggetti coinvolti nella gestione del Fondo Sociale Europeo e dalle altre linee di finanziamento utilizzate (Unione Europea, Ministero del Lavoro) nonché ai soggetti con i quali la Regione Liguria ha attivato convenzioni per attività di servizi informatici e saranno parzialmente diffusi al pubblico.
Per l'esercizio dei diritti riconosciuto dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 potrà rivolgersi all'Amministrazione di riferimento.

Data_____
firma leggibile per esteso_____
(da firmare per presa conoscenza)
Si allega copia del documento di identità, eventuale permesso di soggiorno, documentazione attestante il titolo di studio