

 <p>COVERPOP Consorzio Vercellese Formazione Professionale</p>	<p>DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE</p>	D0801
		REVISIONE 4 DEL 11/03/2011 Pagina 1 di 2
Riferimento P08		

DENOMINAZIONE DEL CORSO/ATTIVITÀ:

OPERATORE SOCIO SANITARIO 1000 ORE

Agenzia Formativa: **Co.Ver.Fo.P.** sede di _____

Anno formativo: 2019/2020

Durata in ore:1000

Orario di svolgimento: Diurno (8-13) Pomeridiano (14-19) Preserale (18-20) Serale (20-23)

Titolo Rilasciato:

- Frequenza con profitto
- Qualifica
- Specializzazione
- Patente di mestiere o abilitazione professionale
- Altro

Costo corso: € _____ Non prevista

Documenti necessari:

- copia di un documento di identità in corso di validità
- N 1 Fototessera
- Titolo di studio o autocertificazione
- N ___ marche da bollo da € 16,00 (di norma 1 marca per l'iscrizione ed una seconda marca per tutti i percorsi che rilasciano un titolo superiore alla frequenza con profitto)*
- Permesso di soggiorno in corso di validità o carta di soggiorno
- Idoneità al ruolo (previsto visita di idoneità all'interno del corso)
- Altro _____

Orientamento:

Descrizione dell'attività _____

Giorno/periodo	Durata dell'intervento	Modalità	Persone di riferimento

PARTE ANAGRAFICA ALLIEVO:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a: _____ Prov.(_____) il: _____

Cittadinanza Italiana Altro _____ Maschio Femmina

Nel caso sia cittadino extra-comunitario è in regola con il permesso di soggiorno sì no

Nel caso sia cittadino comunitario è in regola con la carta di soggiorno sì no

Residente a: _____ Prov. (_____) C.A.P. _____

Via / Piazza _____ N° _____ Tel. _____

Cellulare _____ posta elettronica _____ @ _____

Codice Fiscale _____

(da compilare solo se la residenza è diversa dal domicilio)

Domiciliato a: _____ Prov. (_____) C.A.P. _____

Via / Piazza _____ N° _____ Tel. _____

ALTRE INFORMAZIONI (la presente dichiarazione è rilasciata sotto forma di autocertificazione)

Titolo di studio (es.Terza media..diploma in... Laurea in...)	Scuola / Istituto (nome dell'Istituto e città)	Anno di conseguimento	Punteggio

E' già iscritto ad altri corsi presso altre Agenzie Formative sì no Se sì per quali corsi _____

Parte 3 Firme e consenso

Il/la sottoscritto/a interessato, Preso atto dell'informativa e dei diritti a me riservati in tema di trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, al trattamento dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate e nei limiti di cui alla stessa

da il consenso nega il consenso

Data _____ Firma leggibile _____

Per quanto riguarda la presente domanda in particolare i dati saranno trattati informaticamente ai fini della gestione del corso (attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati), per tanto autorizza ad inviare comunicazioni inerenti il corso utilizzando i recapiti telefonici ed informatici forniti.

Data _____ Firma leggibile _____

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere stato informato/a dei requisiti necessari per poter frequentare il corso, di aver ricevuto il piano di offerta formativa e di accettare tutte le modalità inerenti l'erogazione del medesimo comunicate dall'addetto che riceve la presente domanda. Dichiara inoltre, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 che i dati forniti sono autocertificati ai sensi delle Leggi 15/68, 127/97, 131/98 e corrispondono al vero, in particolare si fa riferimento a tutti i dati forniti nella sezione 2 (dati anagrafici e personali).

Firma leggibile _____

NB: copia di ricevuta del protocollo elettronico è rilasciata direttamente all'iscritto.

La "Domanda di iscrizione" diventerà "Iscrizione effettiva" solo a seguito dell'Approvazione e successivo Finanziamento del Corso.