

DOMANDA DI ISCRIZIONE A CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

*Compilare solo i campi indicati dalle frecce

Il/la sottoscritto/a _____
Nome _____ cognome _____

nato/a il _____ a _____ (_____)
prov.

Codice Fiscale _____

Numero di telefono _____ email _____

CHIEDE DI ISCRIVERSI AL SEGUENTE CORSO

- Corso Segretario - Coordinatore amministrativo
- Corso OPI - Operatore Per L'Infanzia
- Corso OSA - Operatore socio assistenziale
- Corso ASACOM - Assistente all'Autonomia e alla Comunicazione

CONTRATTO CON LO STUDENTE

- Modalità di iscrizione** - L'iscrizione si effettua con la sottoscrizione della presente domanda e si perfeziona con il pagamento integrale della quota sopraindicata. Unistudium soc. coop. si riserva di accettare la domanda. La mancata accettazione verrà comunicata al candidato entro 15 giorni dalla data di presentazione.
- Costo del corso** - Il costo del CORSO è quello indicato nel contratto. **Ai fini dell'attivazione delle piattaforme e dello svolgimento degli esami è necessario il saldo del corso.**
- Progetto didattico ed esame finale** - il progetto didattico è quello indicato nelle condizioni generali indicate dal Ente erogante
- Enti Terzi** - I Corsi/Certificazioni verranno svolti in collaborazione con Enti Terzi rispetto a Unistudium soc. coop.; pertanto, svolgimento del svolgimento esami, attivazione piattaforma, rilascio certificati, ecc. non sono gestiti da direttamente ad Unistudium soc. coop., che cura la sola fase di iscrizione e corso di preparazione.
- Recesso** - Il candidato ha facoltà, senza oneri e penali, di recedere dalla presente domanda entro 14 giorni dalla sottoscrizione a **mezzo PEC o raccomandata A.R.** da inviare presso la sede legale della Unistudium soc. Cooperativa. In caso contrario, decorsi 14 giorni dalla sottoscrizione della presente, anche in caso di rinuncia, si dovrà procedere al saldo dell'importo previsto nel contratto sottoscritto e comunque il ritiro del candidato è possibile esclusivamente prima dell'avvio del corso e dell'accettazione tramite SPID da parte dello stesso.
- Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. le parti dichiarano di approvare specificatamente le clausole contenute nei seguenti punti: 1, 4 5 e 6. **FIRMA** _____
- Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)**
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:
 - Finalità del Trattamento I dati da Lei forniti verranno utilizzati l'espletamento di tutte le attività inerenti il presente contratto ed ai fini informativi.
 - Modalità del Trattamento I dati personali degli iscritti potranno essere conservati, trattati ed elaborati con programmi informatici di gestione di archivi elettronici, o tramite supporto cartaceo
 - Conferimento dei dati. Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1a sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta l'impossibilità a dare seguito al tesseramento e adesione all'associazione.
 - Comunicazione e diffusione dei dati I dati forniti potranno essere comunicati ai collaboratori e personale interno, nonché agli Enti Certificatori o Enti Eroganti per i fini inerenti allo scopo.
 - Titolare del Trattamento
Il titolare del trattamento dei dati personali è Unistudium soc. coop.
 - 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:
 - chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
 - 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;
 - ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
 - ottenere la limitazione del trattamento;
 - 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;
 - opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
 - opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
 - 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;
 - revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale della sede legale. Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede. Ho preso visione dell'informativa sulla privacy e autorizzo il trattamento dei dati per le finalità ivi indicate.

Data e Luogo _____

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

- Domanda di Iscrizione – Allegato 2
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Copia del pagamento effettuato a mezzo bonifico sulle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: IT69C0503483920000000001287

Intestato a: *Unistudium soc. coop.*

Causale: *Cognome Nome Corso¹*

Iscrizione effettuata tramite:

(opzionale, indicare eventuale referente dell'iscrizione o centro convenzionato Unistudium)

Inviarla a mezzo mail all'indirizzo

formazione@anicia.it



¹ inserire il nome del Corso

Data e Luogo _____

Firma _____



CI.EFFE.P.
CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE



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 minorenne)*
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 **SEGRETARIO COORDINATORE AMMINISTRATIVO** al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo (*compilare il percorsointeressato*):
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