



REGIONE SICILIANA
Assessorato Regionale
Dell'Istruzione e della Formazione Professionale



MODULO DI ISCRIZIONE
Corsi Regionali Autofinanziati Programmazione Anno 2022

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 - TU approvato con DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a	
Nato/a a	Data di nascita
Codice fiscale:	Età
Residente a	Provincia
Indirizzo residenza	C.A.P.:
Indirizzo mail	Telefono

CHIEDE

di essere iscritto al Corso Regionale Autofinanziato :

☐	OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE
☐	ASSISTENZE ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI
☐	ANIMATORE SERVIZI ALL'INFANZIA
☐	MEDIATORE INTERCULTURALE
☐	ADDETTO ASSISTENZA FAMILIARE

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445

consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni e che i dati riportati nella presente domanda sono veritieri e rispondono alla situazione di fatto e di diritto esistenti alla data della presente:

- a) di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte il Progetto Formativo predisposto;
- b) di essere domiciliato o residente in Sicilia;
- c) di possedere il seguente titolo di studio

conseguito presso _____
di _____ nell'anno _____;

d) di essere:

- [] occupato (specificare la professione) _____
- [] disoccupato iscritto presso il Centro per L'impiego di _____
- [] inoccupato

Informazioni per la fatturazione

Nome/Regione Sociale	Cognome
Codice fiscale	Partita Iva
Indirizzo	Comune
Provincia	CAP
Telefono	Mail

ALLEGA:

1. Copia Documento Identità in corso di validità e del Codice Fiscale;
 2. Curriculum vitae aggiornato in formato Europass;
 3. Eventuale acconto di Versamento secondo le indicazioni fornite dalla Segreteria del Corso
- Sono consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da eventuali benefici ottenuti, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.*

Luogo e data _____

Firma _____

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003)**

Con la presente

Il/La sottoscritto/a:	
Nato/a a:	Data di nascita:
Codice fiscale:	
Residente a:	Provincia:
Indirizzo residenza:	C.A.P.:

quale pre-isritto al corso di formazione regionale autofinanziato

DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196 /2003 sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente nell'ambito delle operazioni necessarie a consentire il corretto svolgimento e funzionamento di tutte le attività legate alla selezione;
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali volto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge;
- di essere a conoscenza che titolare del procedimento è della Cooperativa PASA., mentre responsabile del procedimento è _____

Luogo e data, lì _____

(Firma)

Per accettazione

[] Barrare la casella solo in caso di non accettazione
delle condizioni sopra indicate