

Spett.le

lal Sardegna
Innovazione Apprendimento Lavoro srl - Impresa sociale
Via Prati, 22-28
07100 Sassari

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER:
OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA
SANITARIA – 2015/IAL/OSSS/SASSARI/00-01-**

Accordo Stato Regioni e Province autonome del 16.01.2003 (Repertorio atti n° 1604); D.G.R. 23/03 del 16.04.2008

__ l __ sottoscritt __ nat __ a __ Prov. __ il
__ C.F. __ residente a __ Prov. __ CAP __
__ in via __ n° __ tel. __ cell. __ email __

chiede

di iscriversi al corso di formazione per Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria autorizzato dall'Assessorato del Lavoro e della Formazione Professionale della Regione Autonoma della Sardegna con Det. n. 53328/5717/FP del 01.12.2015 che si svolgerà a Sassari presso la sede dello Ial Sardegna Srl- Impresa sociale .

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000,

dichiara

- ★ di essere in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario Specializzato conseguita il
__ presso __

dichiara inoltre di essere informato che

- ★ il corso è stato autorizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna in regime di autofinanziamento e pertanto è previsto un costo complessivo per la frequenza e gli esami finali di qualifica pari a € **1.600,00**. Sulla base di garanzie minime, è possibile ricorrere a finanziamenti agevolati (anche a tasso zero), previa approvazione della pratica da parte della società erogatrice del finanziamento. In alternativa si deve versare una quota di preiscrizione pari a € **100,00** (cento/00) e sei rate mensili a seguire di € 250,00.
- ★ le iscrizioni saranno ritenute effettive solo dopo l'effettuazione del pagamento dell'acconto. A tal fine l'iscrizione dovrà essere accompagnata da apposita documentazione di avvenuto pagamento effettuato a mezzo di bonifico sul C/C intestato allo Ial Sardegna Srl n. 101209, ABI 01005, Cab 04800, codice IBAN IT87X0100504800000000101209 presso BNL Cagliari.
- ★ in caso di mancata attivazione del corso la somma versata a titolo di preiscrizione verrà interamente rimborsata
- ★ in caso di rinuncia, con preavviso pervenuto allo IAL Sardegna Srl entro 10 giorni dall'inizio del corso, è previsto il rimborso del 70% dell'importo pagato (acconto)

Allegati:

- ★ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità, codice fiscale.
- ★ Copia conforme della qualifica di Operatore Socio Sanitario rilasciata dalle regioni secondo Accordo stato Regioni 21/08/2001.

Data _____

Firma per esteso _____

Legge sulla privacy - INFORMATIVA, ai sensi del D.Lgs 196/2003, la informa che i dati personali forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003. L'eventuale rifiuto a fornirci i suoi dati personali e a darci l'autorizzazione per il trattamento di cui sopra comporta l'impossibilità dell'ammissione al corso.

CONSENSO. In relazione all'informativa fornitami e del cui contenuto sono a conoscenza, esprimo il mio consenso nei casi richiesti del D.Lgs 196/2003 al trattamento dei miei dati personali da parte dello **Ial Sardegna Innovazione Apprendimento Lavoro srl - Impresa sociale** per le finalità istituzionali, connesse o strumentali; alla comunicazione e all'invio dei dati stessi a terzi appartenenti alle categorie indicate nella suddetta informativa; al trattamento dei miei dati personali da parte di persone fisiche o giuridiche incaricate da **Ial Sardegna Srl**, e a che il trattamento dei miei dati personali possa avvenire manualmente e/o con modalità elettroniche e/o automatizzate idonee a collegare i dati stessi anche a quelli di altri soggetti, in base ai criteri qualitativi, quantitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta.

Data _____

Firma per esteso _____