

Spett.le
IAL Sardegna Srl - Impresa sociale
Sede _____

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PERCORSO FORMATIVO DI QUALIFICA PER:
OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)**

__l__ sottoscritt _____ nat ____ a _____ Prov. _____
il _____ C.F. _____ residente a _____ Prov. _____
CAP _____
_____ in via _____ n° ____ tel. _____ cell. _____
email _____

chiede

di iscriversi al corso di qualifica per OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) autorizzato Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna che si svolgerà a _____ 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 licenza media conseguita il _____ presso _____
- ★ di essere a conoscenza che il corso di qualifica di 1000 ore è stato autorizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna in regime di autofinanziamento e pertanto l'ammissione è vincolata al versamento di una quota di partecipazione che potrà essere dilazionata in 10 rate a tasso zero, salvo approvazione della finanziaria.
- ★ di essere a conoscenza che le iscrizioni si intenderanno perfezionate a seguito del pagamento dell'acconto pari a € 200,00, a mezzo di bonifico sul C/C intestato allo IAL Sardegna Srl, IBAN IT87X0100504800000000101209 presso BNL Cagliari nella cui causale dovrà essere indicato Nome e Cognome del corsista - CORSO OSS - SEDE FORMATIVA _____ e all'avvenuta consegna dell'attestazione di idoneità psicofisica.
- ★ in caso di mancata attivazione del corso la somma versata a titolo di preiscrizione verrà interamente rimborsata.

Allegati:

- ★ Copia di un documento di identità in corso di validità
- ★ Copia del codice fiscale.
- ★ Eventuali attestati per il riconoscimento dei crediti formativi

Luogo e 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.

Luogo e Data _____

Firma per esteso _____