

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
CORSO O.S.S. – Operatore Socio Sanitario**

Il/La sottoscritto/a:

Luogo di nascita:

Codice fiscale:

Indirizzo di residenza:

Indirizzo di domicilio:

Recapiti telefonici (è obbligatorio indicare un numero di cellulare):

E – mail (è obbligatorio indicare un indirizzo mail):

CHIEDE DI PARTECIPARE AL PERCORSO FORMATIVO O.S.S. – Operatore Socio Sanitario

E DICHIARA,

consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e degli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

- ☐ Di avere assolto all'obbligo scolastico e di essere in possesso del seguente titolo di studio
_____ conseguita il _____ presso _____

A TAL FINE ALLEGA

- ☐ Documento di identità

Luogo e data _____ Firma _____

Legge sulla privacy - INFORMATIVA. Lo IAL Sardegna ai sensi del D.Lgs n. 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 n. 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 Progetto.

Consenso. Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare e gestire attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative. Con la firma apposta sulla presente, inoltre, autorizza il personale dello IAL Sardegna espressamente incaricato ad avere accesso ai dati relativi alla valutazione, nel

rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, ai soli fini dell'attività concordata. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità legate all'Avviso, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____ Firma _____