



MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO AUTOFINANZIATO PER IL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI
OPERATORE SOCIO SANITARIO (1000 ORE)
(riconosciuto dalla Regione Puglia con determina n. 00252 del 02/03/2023)

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ (di seguito indicato solo col termine
"partecipante")

Premesso che

- ASSOCIAZIONE ARCADIA è costituita in RTS con l'Associazione Arcadia Capofila
- La Regione Puglia ha riconosciuto il corso per Operatore Socio Sanitario presentato dalla RTS ARCADIA con A.D. n. 00252 del 02/03/2023

CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO AUTOFINANZIATO PER:

OPERATORE SOCIO SANITARIO (1000 ORE)

Sede di **Cocumola Fraz. di Minervino di Lecce** **Bitonto (Ba)** **Lecce**

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo di nascita Prov. (.....) Data di nascita
Luogo di residenza Prov. (.....) Via N. C.A.P.
Telefono abitazione Telefono cellulare
Mail
Titolo di studio
Conseguito il presso

- Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità
 Si allega fotocopia del titolo di studio attestante l'assolvimento dell'Obbligo Scolastico

Luogo e Data Firma per esteso

Legge sulla privacy — INFORMATIVA. L'organismo formativo ASSOCIAZIONE ARCADIA 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 del Centro Professionale Europeo «Leonardo», 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 dal Centro Professionale Europeo «Leonardo», 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

Luogo e Data Firma per esteso

ASSOCIAZIONE ARCADIA

Codice fiscale 93076040752 Partita Iva 05118460756

Organismo formativo accreditato alla Regione Puglia con D.D. n. 323 del 18/04/2014 e D.D. 367 del 01/03/2021

Sede legale - Cocumola di Minervino di Lecce - via Martiri d'Otranto n°6 Tel. fax. +39.0836.954123

Bitonto - Via XXV Aprile 1945, n° 3 Tel. fax +39.080. 5126608

www.arcadiaformazione.it - info@arcadiaformazione.it



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTI DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e residente in _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci:

che è in possesso del seguente titolo di studio:

- diploma della scuola dell'obbligo
- diploma di scuola secondaria di secondo grado
- qualifica di durata almeno triennale ai sensi dell'art.1 comma 3 del D.lgs 76/05
- qualifica professionale rilasciata al termine di percorsi biennali di prima formazione ai sensi della l.r. 95/80;
- Diploma Tecnico Superiore (ITS)
- Laurea triennale
- Laurea di durata superiore ai tre anni

Per i cittadini stranieri:

- che è in possesso della traduzione ufficiale del titolo
- che NON è in possesso della traduzione ufficiale del titolo
- che ha una buona conoscenza orale e scritta della lingua italiana (livello minimo B1) ed allega relativa attestazione;

li

Il dichiarante

.....

Allegare alla presente documento di identità in corso di validità

Il presente contratto si compone di numero 2 (due) pagine, e dei seguenti allegati:

- Domanda di iscrizione al corso;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Informativa sulla Privacy;
- Attestazione conoscenza lingua italiana (livello minimo B1)