

Spett.le
Figest Srl
Sede Formativa di OLBIA

**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 OLBIA 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 Figest Srl, IBAN IT37R0709604801000000001507, Banca di Cagliari, Viale Ciusa 52 - 09131 (CA), nella cui causale dovrà essere indicato Nome e Cognome del corsista - CORSO OSS - SEDE FORMATIVA OLBIA 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.

Luogo e Data _____

Firma per esteso _____

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e sui supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

CONSENSO. *In relazione all'informativa fornitami e del cui contenuto sono a conoscenza, esprimo il mio consenso nei casi richiesti dal D. Lgs. 196/2003, integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 101/2018, e all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento dei miei dati personali da parte della **Fisgest Srl** 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 dalla **Fisgest 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 _____