

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

La domanda di pre-iscrizione deve essere compilata in ogni sua parte in STAMPATELLO MAIUSCOLO.

Le domande di pre-iscrizione al corso devono pervenire entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 06 ottobre 2017 presso l'Agenzia Formativa FORCOOP – Sede di Biella, Strada Campgnè 7 – Biella, in uno dei seguenti modi:

- presentandosi personalmente presso gli Uffici negli orari indicati (lunedì 9.00-13.00, martedì 9.00-16.00, giovedì 9.00-16.00 e venerdì 9.00-13.00)
- inviando la domanda debitamente compilata, firmata e scansionata via mail all'indirizzo forcoop.biella@forcoop.it, allegando copia del Documento d'identità personale e del codice fiscale e, solo per le persone extracomunitarie, copia del permesso/carta di soggiorno

Nella domanda di pre-iscrizione segnare un indirizzo mail a cui inviare la lettera di convoca per la selezione in ingresso.

**DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE AL CORSO:
OPERATORE SOCIO SANITARIO (F.S.E.) – A.F. 2017/2018**

Dati anagrafici dell'allievo che fa domanda di partecipazione al corso:

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cognome | _____ |

Nome | _____ |

Data di nascita | | | | / | | | | / | | | | | |

Luogo | _____ | **Provincia** | | |

Cittadinanza | _____ |

Dati di residenza

Indirizzo | _____ | **CAP** | | | | | | | |

Comune | _____ | **Provincia** | | |

Dati di domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo | _____ | **CAP** | | | | | | | |

Comune | _____ | **Provincia** | | |

Recapiti

Telefono | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | |

Cellulare | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | |

e-mail | _____ |

Titolo di Studio conseguito in Italia

- DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (LICENZA MEDIA)
- QUALIFICA PROFESSIONALE _____
- DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO

- LAUREA _____

Per chi ha conseguito il proprio titolo di studio all'Estero:

- DICHIARAZIONE DI EQUIPOLLENZA RILASCIATA DALL'UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE
DI _____ IN DATA _____
CON RICONOSCIMENTO DI _____
- IN ATTESA DI DICHIARAZIONE DI EQUIPOLLENZA. DOMANDA PRESENTATA PRESSO
L'UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI _____ IN DATA _____

Condizione occupazionale:

- DISOCCUPATO
- OCCUPATO IN CIGS
- MOBILITA'

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti verranno trattati con modalità cartacee e elettroniche. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto o la mancata prosecuzione del rapporto.

Il titolare del trattamento è: FOR COOP, nella persona del suo legale rappresentante. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti tra cui quello di recesso ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

I dati da Lei forniti non verranno ceduti a terzi.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, l'interessato: - presta il suo consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per i fini indicati nella suddetta informativa.

presto il consenso

nego il consenso

Data _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritta presta il mio consenso per ricevere altre informazioni sulle attività didattiche e formative di Forcoop Agenzia formativa

presto il consenso

nego il consenso

Data _____

FIRMA _____