



REGIONE
PUGLIA



ENTE CAPOFILA



Centro
Formazione
Professionale
CFP



DOMANDA DI ISCRIZIONE

“Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)”

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, dichiara ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che quanto riportato nella presente domanda, risponde a verità.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente in via _____ nel comune di _____
prov _____ CAP _____ codice fiscale _____
recapito telefonico _____ e-mail _____
Titolo di studio _____
(Campi obbligatori)

CHIEDE

Di partecipare alla selezione del Corso di qualifica professionale - Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di “Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)” - POR Puglia FESR – FSE 2014-2020 - Fondo Sociale Europeo – Avviso pubblico n. 1/FSE/2018 (di cui ha preso visione) – Approvazione graduatorie D.D. n. 864 del 03/08/2018 - BURP n. 107 del 16/08/2018 - Scorrimento Graduatorie D.D. 1347 del 26/11/2018 – BURP n. 155 del 06/12/2018, della durata di 1.000 ore, che si terrà presso la sede operativa di I.S.P.A. sita a **Poggiardo, Via Don Luigi Sturzo n. 8,**

DICHIARA

- Di essere Disoccupato / Inoccupato
- Di essere Residente/domiciliato in un Comune del territorio regionale pugliese



REGIONE
PUGLIA



ENTE CAPOFILA



Centro
Formazione
Professionale
CFP



- Di essere in regola con l'assolvimento della scuola dell'obbligo ai sensi della normativa vigente
- Di aver compiuto il 17° anno di età alla data di iscrizione al corso
- Per gli allievi stranieri attestazione o dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 da cui si evinca una buona conoscenza della lingua italiana

ALLEGA PERTANTO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA:

- Copia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità
- Stato occupazionale aggiornato alla data della presente richiesta
- Diploma/attestazione relativa all'assolvimento dell'obbligo scolastico ai sensi della normativa vigente o Dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 attestante il conseguimento di cui sopra.

Luogo e data

Firma

LA PRESENTE DOMANDA DOVRA' ESSERE CONSEGNATA, COMPLETA IN TUTTE LE SUE PARTI CON LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA (PENA LA NULLITA' DELLA DOMANDA), ENTRO E NON OLTRE IL 08/04/2019, ORE 17:30, A MEZZO:

- Consegna a Mano **in duplice copia** presso la sede operativa l'Ente sita a Poggiardo in Via Don Luigi Sturzo, 8, dalle ore 08:30 alle ore 17:30, dal lunedì al venerdì.
- Mezzo Raccomandata A/R all'indirizzo Via Don Luigi Sturzo, 12 – 73037 Poggiardo (**Non fa fede il timbro postale**)

Tutte le informazioni, comprese convocazioni inerenti le prove di selezione, saranno comunicate esclusivamente attraverso il sito www.ispaformazione.it

Il/La sottoscritto/a _____ dichiaro/a di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy in allegato esprimendo liberamente il consenso al trattamento dei dati da parte di I.S.P.A. – Istituto Superiore di Pubblica Amministrazione, per l'espletamento delle procedure di selezione per il Corso Operatore Socio Sanitario.

Luogo e data _____

Firma _____



REGIONE
PUGLIA



ENTE CAPOFILA



Centro
Formazione
Professionale
CFP



PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI AI SENSI DEL REGOLAMENTO GENERALE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (UE) 679/2016

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, _____

NATO A _____ IL _____

DICHIARA DI:

- **ESSERE STATO INFORMATO** DEI PROPRI DIRITTI (REGOLAMENTO UE 2016/679) NEI CONFRONTI DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
- **AVER PRESO VISIONE DELLA INFORMATIVA PUBBLICATA SUL SITO ISTITUZIONALE DELL'ENTE DI FORMAZIONE WWW.ISPAFORMAZIONE.IT**, AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E QUINDI CONSAPEVOLE CHE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PER LE FINALITÀ RIPORTATE NEI PUNTI 2A) E 2B) NON È NECESSARIO IL CONSENSO IN QUANTO, PER IL PUNTO 2A), IL TRATTAMENTO È NECESSARIO ALL'ESECUZIONE DI UN CONTRATTO DI CUI L'INTERESSATO È PARTE O ALL'ESECUZIONE DI MISURE PRECONTRATTUALI ADOTTATE SU RICHIESTA DELL'INTERESSATO (ART. 6, COMMA 1, LETT. B E ART. 9, COMMA 2, LETTERA H DEL REGOLAMENTO), MENTRE PER IL PUNTO 2B) SI TRATTA DI OPERAZIONI IMPOSTE DALLA NORMATIVA VIGENTE O PER ADEMPIERE AD UN OBBLIGO LEGALE (ART. 6, COMMA 1, LETT. A DEL REGOLAMENTO).

INOLTRE

<input type="checkbox"/> AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA	L'ENTE DI FORMAZIONE I.S.P.A. ISTITUTO SUPERIORE DI PUBBLICA AMMINISTRAZIONE AD UTILIZZARE ALTRE SOCIETÀ ESTERNE PER EFFETTUARE SPECIFICHE ATTIVITÀ RELATIVE AL PROGETTO;
<input type="checkbox"/> PRESTA <input type="checkbox"/> NON PRESTA	IL CONSENSO PER LA COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI ESTERNI PER ATTIVITÀ CONNESSE (ESEMPIO LABORATORI, TIROCINI, STAGE O ALTRE ATTIVITÀ FORMATIVE) NELLE MODALITÀ APPRESE DALL'INFORMATIVA.

FIRMA DELL'INTERESSATO _____

DATA, _____