



OPERATORE SOCIO SANITARIO: RIQUALIFICA (300 ORE) - PARMA -

Domanda pervenuta il ___/___/___ n. _____
--

Il percorso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previa richiesta di autorizzazione alla Regione Emilia-Romagna

Cognome _____ Nome _____
Data nascita _____ Comune Nascita _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____ Sesso M F
Nazionalità _____ Cittadinanza _____
Residente in Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
N. Telefonico _____ Cell. _____
E-Mail (stampatello) _____

se il domicilio attuale è diverso dalla residenza

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

DATI PER L'INTESTAZIONE DELLA FATTURA:

Società/Ragione sociale: _____
Via/Piazza _____ N° _____ Comune _____ Prov. _____
Telefono _____ Fax: _____ Email: _____
P.IVA: _____ CODICE FISCALE: _____

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità di:

(Le presenti dichiarazioni/informazioni sono rese ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.00 per il rilascio di dichiarazioni sostitutive di certificazione e consapevole delle pene stabilite dagli articoli 495 e 496 del codice penale per false attestazioni e dichiarazioni)

Titolo di Studio (barrare)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Nessun titolo | <input type="checkbox"/> 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 2. Licenza elementare | <input type="checkbox"/> 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 3. Licenza media | <input type="checkbox"/> 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS) |
| <input type="checkbox"/> 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 17. Diploma di specializzazione |
| <input type="checkbox"/> 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 18. Abilitazione professionale |
| <input type="checkbox"/> 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ... | <input type="checkbox"/> 19. Patente di mestiere |
| <input type="checkbox"/> 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento) | <input type="checkbox"/> 20. Altro |
| <input type="checkbox"/> 8. Laurea triennale (nuovo ordinamento) | |
| <input type="checkbox"/> 9. Master di I livello (post laurea triennale) | |
| <input type="checkbox"/> 10. Laurea di durata superiore ai tre anni | |
| <input type="checkbox"/> 11. Master di II livello (post laurea specialistica o post laurea vecchio ordinamento) | |
| <input type="checkbox"/> 12. Specializzazione post laurea (specialistica) | |
| <input type="checkbox"/> 13. Dottorato di ricerca | |



Se cittadino straniero, specifica di possedere:

- Un permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente se cittadino extra ue
- Un'attestazione di regolarità del soggiorno se cittadino ue

Condizione occupazionale:

- In cerca di prima occupazione
- Occupato alle dipendenze (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
- Occupato autonomo
- Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- Studente
- Inattivo diverso da studente (casalinga/o, *ritirato/a al lavoro*, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)
- Altro (specificare): _____

Azienda di appartenenza _____ **Codice fiscale azienda** _____

Tipologia di contratto _____

Esperienze lavorative coerenti con l'area professionale e il settore indicato:

Dal	Al	Presso	Attività svolte

Eventuali esperienze di studio/formazione attinenti con i contenuti del percorso formativo:

Dal	Al	Presso	Contenuti

Come è venuto a conoscenza del corso?

- Sito internet www.irecoop.it
- Pagina Facebook Irecoop Emilia-Romagna corsi di formazione
- Centro per l'impiego
- Informagiovani
- Newsletter Irecoop
- Media
- Internet
- Da un ex allievo Irecoop
- Da un amico
- Altro (specificare) _____



Allegati alla domanda:

- fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale
- 1 fotografia formato fototessera
- Curriculum vitae
- per cittadini stranieri: fotocopia del permesso di soggiorno valido; fotocopia della traduzione del titolo di studio

Dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del/la candidato/a

RICHIESTA CREDITI FORMATIVI

Compilare la seguente sezione solo in caso di richiesta di riconoscimento di crediti di frequenza, la cui concessione è subordinata alla valutazione, anche ed eventualmente attraverso specifiche prove, di titoli (esempio: qualifica ADB, OTA, Diploma di Tecnico dei servizi sociali...) e/o esperienze professionali certificate.

Il/La sottoscritto/a _____ richiede il riconoscimento dei crediti per:

il/i titolo/i conseguito/i:

_____ di cui allego fotocopia del certificato

Dichiarazione rilasciata ai sensi dell'art. 2 della Legge 4 Gennaio 1968 come modificato dall'art. 3 comma 10 Legge 15 Maggio 1997 n. 127.

Firma del/la candidato/a

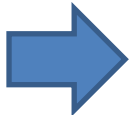


PRIVACY

Il Presente Modulo va riconsegnato a Irecoop Emilia Romagna al momento della consegna della documentazione richiesta per la candidatura al corso e/o in aula

IRECOOP EMILIA ROMAGNA SOC. COOP. Utilizza, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano per sue finalità amministrative, contabili, anche quando li comunica a terzi. Informazioni dettagliate, anche in ordine al suo diritto di accesso e agli altri suoi diritti, sono riportate all'indirizzo www.irecoop.it.

Il sottoscritto _____ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.



Data

Firma

Dichiara inoltre di voler essere iscritto alla newsletter, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

Do il consenso

Nego il consenso

Dichiara di prestare il consenso per la diffusione dei propri dati personali, ivi compresi le immagini video fotografiche, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa

Do il consenso

Nego il consenso



Data

Firma