



OPERATORE SOCIO-SANITARIO: FORMAZIONE INIZIALE (1000 ORE) - Parma -

Domanda pervenuta il ___/___/___

n. _____

Operazione in attesa di autorizzazione della 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. _____

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"/> 15. Qualifica professionale di secondo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato |
| <input type="checkbox"/> 2. Licenza elementare | <input type="checkbox"/> 16. Certificato di Tecnico Superiore (IFTS) |
| <input type="checkbox"/> 3. Licenza media | <input type="checkbox"/> 17. Diploma di specializzazione |
| <input type="checkbox"/> 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 18. Abilitazione professionale |
| <input type="checkbox"/> 5. Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università | <input type="checkbox"/> 19. Patente di mestiere |
| <input type="checkbox"/> 6. Accademia di Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di Arte Drammatica, ... | <input type="checkbox"/> 20. Altro |
| <input type="checkbox"/> 7. Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento) | |
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> 14. Qualifica professionale di primo livello, eventualmente conseguita anche tramite apprendistato | |



In possesso della patente di guida:

- SI tipo _____
 NO

Automunito:

- SI
 NO

ESPERIENZE DI STUDIO/FORMAZIONE O DI LAVORO/VOLONTARIATO ATTINENTI L'AREA PROFESSIONALE

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

Come è venuto a conoscenza del corso?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sito internet www.irecoop.it | <input type="checkbox"/> Media |
| <input type="checkbox"/> Pagina Facebook Irecoop Emilia-Romagna corsi di formazione | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Centro per l'impiego | <input type="checkbox"/> Da un ex allievo Irecoop |
| <input type="checkbox"/> Informagiovani | <input type="checkbox"/> Da un amico |
| <input type="checkbox"/> Newsletter Irecoop | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

Allegati alla domanda:

- fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale
 - per cittadini stranieri: fotocopia del permesso di soggiorno valido; fotocopia della traduzione del titolo di studio
 - altri documenti utili ai fini della valutazione dei requisiti di accesso SI NO
- se SI indicare quali: _____
-

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



PRIVACY

Il Presente Modulo va riconsegnato ad 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