



OPERATORE AMMINISTRATIVO-SEGRETARIALE: Competenze utili per la SEGRETERIA DI STUDIO MEDICO

Operazione RIF. PA n. 2012-11033/RER autorizzata con Determinazione n. 2252 del 7/02/2019 dalla Regione Emilia-Romagna

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

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 essere/possedere:

(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)

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): _____

TITOLO DI STUDIO

- Licenza media
- Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non consente l'iscrizione all'università
- Diploma di scuola superiore di 4-5 che consente l'iscrizione all'università
- Diploma universitario o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)
- Laurea triennale (nuovo ordinamento)
- Laurea di durata superiore ai tre anni
- Altro (specificare) _____

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

In possesso della patente di guida:

- SI tipo _____ NO

Automunito: SI NO

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 amico
- Altro _____

Allegati alla domanda:

- 1 foto tessera
- Copia del titolo di studio richiesto (Diploma di scuola superiore di secondo grado)
- Eventuali documentazioni aggiuntive relativamente ad attività professionali svolte, coerenti con l'area professionale "AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO DI IMPRESA"
- per cittadini stranieri: fotocopia del permesso di soggiorno valido; fotocopia della traduzione giurata del titolo di studio
- altri documenti utili ai fini della valutazione 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.

Dichiara di essere consapevole che la quota versata all'atto della formalizzazione dell'iscrizione, in caso di rinuncia alla partecipazione prima dell'avvio del corso, non sarà restituita.

Data _____ **Firma** _____

PRIVACY

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 fotografiche e i video, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa.

Do il consenso **Nego il consenso**

Data _____ **Firma** _____