

Spett.le
IAL Sardegna Srl - Impresa sociale
Sede di Olbia

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PERCORSO FORMATIVO DI QUALIFICA PER:
OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)**

__ l __ sottoscritt __ nat __ a __ Prov. __
il __ C.F. __ residente a __ Prov. __
CAP
__ in via __ n° __ tel. __ cell. __
email __

chiede

di iscriversi al corso di qualifica per OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) autorizzato Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna che si svolgerà a __ presso la sede dello IAL Sardegna Srl- Impresa sociale .

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000

dichiara

- ★ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito il _____ presso _____
- ★ di essere a conoscenza che il corso di qualifica di 1000 ore è stato autorizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna in regime di autofinanziamento e pertanto l'ammissione è vincolata al versamento di una quota di partecipazione che potrà essere dilazionata in 10 rate a tasso zero, salvo approvazione della finanziaria.
- ★ di essere a conoscenza che le iscrizioni si intenderanno perfezionate a seguito del pagamento dell'acconto pari a € 200,00, a mezzo di bonifico sul C/C intestato allo IAL Sardegna Srl, IBAN IT87X0100504800000000101209 presso UNIPOL Cagliari nella cui causale dovrà essere indicato Nome e Cognome del corsista - CORSO OSS - SEDE FORMATIVA _____ e all'avvenuta consegna dell'attestazione di idoneità psicofisica.
- ★ in caso di mancata attivazione del corso la somma versata a titolo di preiscrizione verrà interamente rimborsata.

Allegati:

- ★ Copia di un documento di identità in corso di validità
- ★ Copia del codice fiscale.

Luogo e Data _____

Firma per esteso _____

Legge sulla privacy - INFORMATIVA , si esprime, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016, il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali, inclusa la loro eventuale comunicazione a soggetti terzi specificatamente incaricati, con le modalità e i limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

CONSENSO. In relazione all'informativa fornitami e del cui contenuto sono a conoscenza, esprimo il mio consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016, al trattamento dei miei dati personali da parte dello **IAL Sardegna Innovazione Apprendimento Lavoro srl - Impresa sociale** per le finalità istituzionali, connesse o strumentali; alla comunicazione e all'invio dei dati stessi a terzi appartenenti alle categorie indicate nella suddetta informativa; al trattamento dei miei dati personali da parte di persone fisiche o giuridiche incaricate da **IAL Sardegna Srl**, e a che il trattamento dei miei dati personali possa avvenire manualmente e/o con modalità elettroniche e/o automatizzate idonee a collegare i dati stessi anche a quelli di altri soggetti, in base ai criteri qualitativi, quantitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta.

Luogo e Data _____

Firma per esteso _____