Allegato 2

All'Agenzia Formativa POLO DIDATTICO srl
Accreditata dalla Regione Campania con codice n° 03127/03/20 (sezione A)
Sede legale in Via Pendino 19, 80145, Napoli,
Tel. 081 742 8720 info@polodidattico.com
polodidatticosrl@pec.it
P.I. 09232021213

DOMANDA DI ISCRIZIONE
AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE AUTORIZZATO DA REGIONE CAMPANIA

Corso di formazione professionale autorizzato dalla Regione Campania
Denominazione Standard Formativo - ***Assistente all'autonomia e alla comunicazione delle persone con disabilità***
Referenziazione ATECO 2007: P.85.10.00 - Istruzione di grado preparatorio: scuole dell'infanzia, scuole speciali collegate a quelle primarie - P.85.20.00 - Istruzione primaria: scuole elementari - P.85.31.10 - Istruzione secondaria di primo grado: scuole medie P.85.31.20 - Istruzione secondaria di secondo grado di formazione generale: licei P.85.32.09 - Altra istruzione secondaria di secondo grado di formazione tecnica, professionale e artistica P.85.42.00 - Istruzione universitaria e post-universitaria; accademie e conservatori Q.87.20.00 - Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti Q.87.30.00 - Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili Q.88.10.00 - Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili Q.88.91.00 - Servizi di asili nido; assistenza diurna per minori disabili Q.88.99.00 - Altre attività di assistenza sociale non residenziale nca- Referenziazione ISTAT CP2011: 3.4.5.2.0 - Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale – SEP: 19 - Servizi socio-sanitari
CUP_____

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a _____prov._____il GG/MM/AA _____

codice fiscale _____

residente in _____prov. _____

recapito telefonico _____

indirizzo e-mail _____

CONSAPEVOLE

delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio),

CHIEDE

di essere iscritto/a al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo: ***Assistente all'autonomia e alla comunicazione delle persone con disabilità*** avente durata pari a **500 ore**, autorizzato da Regione Campania, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di NAPOLI all'indirizzo VIA PENDINO 19

A tal fine dichiara:

1. di essere in possesso di:

- ☐ Titolo di studio _____ _____ **conseguito in data** _____ **presso**_____.
- ☐ *(per i cittadini stranieri)* **Attestato**, riconosciuto a livello nazionale e internazionale, di conoscenza della lingua italiana ad un livello non inferiore al B1 del QCER

2. *(nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea)*, di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso come da copia allegata.

3. di essere a conoscenza degli obblighi previsti da Regione Campania in merito alle modalità di partecipazione alle attività formative ed in particolare di essere a conoscenza che è previsto l'obbligo di frequenza per almeno l'80% (ottanta percento) del monte ore COMPLESSIVO del corso al fine di poter essere ammesso all'esame finale e che il percorso formativo prevede lo svolgimento delle seguenti attività:

- AULA (teoria) 350 ore
- LABORATORIO/STAGE (pratica): 150 ore

4. di essere a conoscenza che per la frequenza al corso è obbligatorio almeno la licenza media + Qualificazione EQF 3

DICHIARA, INOLTRE,

- ☐ **DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI A € 1.200,00 (euro milleduecento/00)**
- ☐ **DI AVER VERSATO IL 30% DI ACCONTO PARI A € 360,00 (euro duecentoquaranta/00) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI A € 1.200,00 (euro milleduecento /00)**

  TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A

  POLO DIDATTICO SRL
  BANCA GENERALI S.P.A. - CIN W ABI 03075 CAB02200 C/c CC8500798229
  IBAN IT37W0307502200CC8500798229

E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Allega:

- ☐ documento di identità n. _____, in corso di validità, rilasciato in data _____ dal _____.
- ☐ copia del Titolo di studio / Qualifica professionale
- ☐ *(nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea)* copia permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso.

Data _____

Firma

_____

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del Trattamento: I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di frequentare un corso di formazione professionale e di ammissione all'esame finale per il rilascio di un attestato/qualifica;
2. Modalità del Trattamento: Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano l'utilizzo di sistemi informatici (Piattaforma Regionale SILF);
3. Conferimento dei dati: Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la non iscrizione al corso;
4. Comunicazione e diffusione dei dati: I dati forniti potranno (essere/saranno) comunicati a: Regione Campania – Direzione Generale Istruzione Formazione Lavoro e Politiche Giovanili. I dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione ma inseriti in una piattaforma regionale per attività istituzionali di monitoraggio e controllo;
5. Titolare del Trattamento: Il titolare del trattamento dei dati personali è POLO DIDATTICO SRL
6. Diritti dell'interessato: In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:
   a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
   b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
   c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
   d) ottenere la limitazione del trattamento;
   e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
   f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
   g) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
   h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
   i) proporre reclamo a un'autorità di controllo.
   j) Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Via Pendino 19, 80145, Napoli, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail: **amministrazione@polodidattico.com**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì …… Firma

_____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell'informativa.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA FORMATIVA / SOGGETTO ATTUATORE DEL CORSO

La presente domanda di iscrizione al corso di formazione professionale per il profilo di ***Segretario-Coordinatore amministrativo*** viene acquisita

in data_____con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia