

ALLEGATO 2

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
A CORSO DI FORMAZIONE
PROFESSIONALE AUTORIZZATO DA
REGIONE CAMPANIA**

All'Agenzia Formativa (riportare la denominazione)

Il/La sottoscritto/a

nato/a prov. il GG/MM/AA

codice fiscale

residente in

prov.

oppure (compilare da parte del genitore/tutore nel caso di allievo minorenni)

Il/La sottoscritto/a

nato/a prov. il GG/MM/AA per
conto del proprio figlio

nato/a prov. il GG/MM/AA

codice fiscale

residente in prov.

recapito telefonico fisso (1)* recapito telefonico fisso (2)*

recapito telefonico mobile (1)* recapito telefonico mobile (2)*

indirizzo e-mail (1)* indirizzo e-mail (2)*

**(facoltativo)*

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/richiedere l'iscrizione di **Operatore dell'infanzia (OPI) CUP:** _____

al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo (compilare il percorso interessato):

avente durata pari a 300 ore, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. _____
del _____, da effettuarsi presso la sede operativa sita
nel comune di _____, all'indirizzo _____.

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

A tal fine dichiara:

1. di essere in possesso/ che il proprio figlio è in possesso di:

Titolo di Studio conseguito il
presso .

Oppure: Qualifica richiesta per la frequenza al corso *(se diversa dal titolo di studio)*

conseguita il
presso .

2. *(eventuale)* di aver contestualmente presentato richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso *(se applicabili)* come da documentazione allegata.

3. *(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.

4. 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 il 80% (ottanta per cento – *da indicare in lettere*) 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 (monte ore pari a: 126) di cui ore FAD /E-Learning 84 •

LABORATORIO (monte ore pari a: 90)

• STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a:)

(eliminare la parte che non interessa)

5. di essere a conoscenza che il Titolo di Studio o Qualifica richiesta per la frequenza al corso è

DICHIARA, INOLTRE,

DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € (EURO *in lettere*) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Oppure

DI AVER VERSATO IL PRIMO ACCONTO PARI AD € (Euro *in lettere*) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € (Euro *in lettere*) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Allega: 1) documento di identità n. , in corso di validità, rilasciato in data dal .

2) richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso *(eventuale)*.

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

Luogo e 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
Biesse Solution 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.
 - h) 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;
 - i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Biesse Solution SRL all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail info@scuolamoscati.it 09811848023

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

Luogo, li . Firma

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

x esprimo il consenso NON esprimo il consenso
al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

x 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 _____
viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia