

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**Corso di Qualifica Professionale per**  
**Operatore socio - assistenziale (O.S.A.)**

**Progetto “Formazione e Riqualificazione Professionale – QualifiCare”**  
**– Riserva Fondo Lire U.N.R.R.A. 2021 – Dipartimento per le Libertà**  
**Civili e l’Immigrazione Direzione Centrale per la programmazione e i**  
**Servizi Generali**

**Direttiva del Ministro del 28/04/2021 –**  
**CUP F51B21001440005 - prog. 4302**

All’Agenzia Formativa MCG CONSULTING SRL

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 \_\_\_\_\_

al Corso di Formazione Professionale finanziato relativo al percorso formativo: OPERATORE SOCIO-ASSISTENZIALE (O.S.A.)

avente durata pari a 600 ore,

da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di SALERNO, all'indirizzo VIA G.PASTORE,32

#### A tal fine dichiara:

1. di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto;
2. di essere disoccupato/ che il proprio figlio è disoccupato
3. 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 \_\_\_\_\_.

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

5. (*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.

6. **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 per cento) 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: 360)
- LABORATORIO (monte ore pari a: 60)
- STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a:180)

7. di essere a conoscenza che il Titolo di Studio o Qualifica richiesta per la frequenza al corso è **OPERATORE SOCIO-ASSISTENZIALE (O.S.A.)**

Allega:

1. documento di identità n. \_\_\_\_\_ in corso di validità, rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
2. Attestazione di disoccupazione rilasciato dal competente Centro per l'Impiego;
3. richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso (*eventuale*).

4. 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 Giacomo Bancone (legale rappresentante di MCG Consulting)

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.
- 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 MCG Consulting srl , all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail [info@mcgconsulting.it](mailto:info@mcgconsulting.it)

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.