



DOMANDA D'ISCRIZIONE A CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE AUTORIZZATO DA REGIONE CAMPANIA

All'Agenzia Formativa Consvip Scarl

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 Autofinanziato relativo al percorso formativo (*compilare il percorso
interessato*): OPERATORE DEI SERVIZI DI CUSTODIA ED ACCOGLIENZA MUSEALE
avente durata pari a 600 ore, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. **2019.0197239** del
7/03/2019, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di Napoli, all'indirizzo Vicoletto San
Pietro a Majella n.4.

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. 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 - *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: 360)
 - STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: 240)
- (eliminare la parte che non interessa)

4. di essere a conoscenza che il Titolo di Studio o Qualifica richiesta per la frequenza al corso è :
Titoli /Qualificazioni professionali attestanti il raggiungimento di un livello di apprendimento pari almeno a EQF 3, acquisito nell'ambito degli ordinamenti di istruzione o nella formazione professionale.

DICHIARA, INOLTRE,

DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD €.200,00 (EURO Duecento/00) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Il pagamento dovrà essere effettuato con bonifico bancario a favore di:

Consvip Scarl Via Nuova Poggioreale 60 - 80125 - Napoli

UBI Banca

Codice IBAN: IT09E03111103421000000011791

Allega: documento di identità n. _____, in corso di validità, rilasciato in data _____ dal Comune di _____

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.

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 Raffaele Fabbrocini.....

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 _____, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail _____

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

Luogo, il 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 _____ viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia
