REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELL'ISTRUZIONE E DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE
DIPARTIMENTO DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE

CENTRO STUDI AURORA ETS
ASSOCIAZIONE

CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
"ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI"
D.D.S. n 376 del 01/04/2025
2025/AUT/0210

Allegato A

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome_____
Luogo e data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____Prov._____
Codice Fiscale_____
Tel. _____ e-mail _____
Titolo di studio _____

Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)

Intestazione_____
Indirizzo_____Cap_____Città_____Pro___
Codice Fiscale_____Partita Iva_____

CHIEDE

di essere iscritto al CORSO DI SPECIALIZZAZIONE in Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili - Durata 976 ore - D.D.S. n°376 del 01/04/2025 - 2025/AUT/0210

con sede di erogazione formativa **a BAGHERIA (PA)**

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni specificate nell'allegato B "Condizioni generali" e facente parte integrante della presente scheda di iscrizione

Luogo e data **Firma**

_____ _____

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara di aver preso visione integrale, in riferimento al Trattamento dei dati personali, dell'INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 E DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 (Allegato A.1-parte integrante della presente scheda di iscrizione) e di essere consapevole i dati forniti saranno raccolti dall'ente per le finalità di espletamento delle iscrizioni e gestione del corso e saranno trattati successivamente per le medesime finalità anche con strumenti informatici. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione ed il possesso di titoli, pena la non ammissione al corso. Ai/Alle partecipanti sono riconosciuti i diritti indicati dalla citata normativa, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il titolare del trattamento è Centro Studi Aurora ETS .

Luogo e data **Firma**

_____ _____

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali.