



CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
“ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI”
Provvedimento di autorizzazione D.D.S. n. 113 del 17 Febbraio 2021

Allegato A

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome.....

Luogo e data di nascita

Indirizzo CAP Città

Prov.

Codice Fiscale.....

Tel. Fax e-mail

Titolo di studio

Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)

Intestazione.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....Prov.....Co
dice Fiscale.....Partita Iva.....

CHIEDE

di essere iscritto al CORSO DI SPECIALIZZAZIONE in Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili Durata 976 ore - (codice identificativo 1094 del Repertorio delle Qualificazioni della Regione Siciliana adottato con Decreto Assessoriale n. 2570 del 26 Maggio 2016) 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.

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.