



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
 ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE,
 COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE
 ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE,
 COOPERATZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE

**Al Centro Professionale Europeo «Leonardo»
 Via Dante 254 L — 09128 CAGLIARI**

__ I __ sottoscritt _____ nat __ a _____ Prov. _____
 il _____ C.F. _____ residente a _____ Prov. _____ CAP _____
 in via _____ n° _____ tel. _____ cell. _____ email _____

chiede di essere ammesso _

al corso di specializzazione per «Operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria» dell'anno formativo 2014/2015, autorizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna in regime di autofinanziamento, sulla base delle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 - REP. 1604 e del D.G.R. 23/3 del 16/04/2008.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 DPR 445/2000, **dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di avere la maggiore età
- di aver assolto all'obbligo scolastico
- di essere in possesso della **qualifica di OSS (Operatore Socio Sanitario)** conseguita il _____ presso _____ a seguito della frequenza del corso di qualifica della durata di n. _____ ore
- di essere in servizio dal _____ presso _____ in qualità di _____

Prende atto che in caso di ammissione al corso sarà tenuto a versare una quota di partecipazione e che tale quota non è rimborsabile a seguito di ritiro dopo l'avvio delle attività.

Allega fotocopia del bonifico bancario di € 50/00 (cinquanta/00) PER **DIRITTI di SEGRETERIA e di ISCRIZIONE** versati sul conto corrente bancario della BANCA DI CAGLIARI – VIALE DIAZ – CAGLIARI - **IBAN IT 20 Y 07096 04801 00000006488 intestato a CENTRO PROFESSIONALE EUROPEO «LEONARDO» – CAGLIARI, nella consapevolezza che la somma verrà rimborsata nella sola ipotesi di ritiro, formalizzato per lettera raccomandata, entro i 10 giorni preliminari alla data di avvio corso.**

Allega inoltre fotocopia di un documento di identità in corso di validità e fotocopia dell'attestato di qualifica OSS.

Chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. _____ Via _____ Comune _____ CAP _____
 tel. _____ cell. _____ email _____ e che l'importo di 50 euro, nell'ipotesi di mancato avvio del corso, venga riaccredito sul conto intestato a _____
 presso la Banca _____ di _____ CODICE IBAN _____

Data _____

Firma per esteso _____

Legge sulla privacy — INFORMATIVA. Il Centro Professionale Europeo «Leonardo», ai sensi del D.Lgs 196/2003, la informa che i dati personali forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003. L'eventuale rifiuto a fornirci i suoi dati personali e a darci l'autorizzazione per il trattamento di cui sopra comporta l'impossibilità dell'ammissione al corso.

CONSENSO. In relazione all'informativa fornitami e del cui contenuto sono a conoscenza, esprimo il mio consenso nei casi richiesti del D.Lgs 196/2003 al trattamento dei miei dati personali da parte del Centro Professionale Europeo «Leonardo», per le finalità istituzionali, connesse o strumentali; alla comunicazione e all'invio dei dati stessi a terzi appartenenti alle categorie indicate nella suddetta informativa; al trattamento dei miei dati personali da parte di persone fisiche o giuridiche incaricate dal Centro Professionale Europeo «Leonardo», e a che il trattamento dei miei dati personali possa avvenire manualmente e/o con modalità elettroniche e/o automatizzate idonee a collegare i dati stessi anche a quelli di altri soggetti, in base ai criteri qualitativi, quantitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta.

Data _____

Firma per esteso _____



SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA Via Dante 254 scala L 09128 Cagliari
 tel. 07044740
 SEDE OPERATIVA E POLO DIDATTICO Viale Poetto 312 09126 Cagliari
 tel. 0703839082 — fax 070372061
 www.cpeleonardo.it — info@cpeleonardo.it — cpeleonardo@pec.it

