



ALLEGATO 6

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

All'Agenzia Formativa _____

(riportare la denominazione)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____

codice fiscale _____

residente in _____ prov. _____

Titolo di Studio _____

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 a partecipare al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo (*compilare il percorso interessato*):

- **QUALIFICAZIONE** rientrata nel Repertorio Regionale ex **Deliberazione di G.R. 223/2014** denominata:

- **ABILITAZIONE / ABILITAZIONE-AGGIORNAMENTO** ex **Deliberazione di G.R. 45/2005 e ss.mm.ii.** denominata:

- **AGGIORNAMENTO / SPECIALIZZAZIONE** denominata:

avente durata pari a _____ ore, autorizzato da Regione Campania con Decreto Dirigenziale n. _____ / Nota Prot. _____ del _____, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di _____, all'indirizzo _____.



DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DA REGIONE CAMPANIA IN MERITO ALLE MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' FORMATIVE ED IN PARTICOLARE

di essere a conoscenza che è previsto l'obbligo di frequenza per almeno il% (..... 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: _____) di cui ore FAD _____
- LABORATORIO (monte ore pari a: _____)
- STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: _____)

(eliminare la parte che non interessa)

DICHIARA, INOLTRE,

- **DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (EURO _____ *in lettere* _____) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.**

Oppure

- **DI AVER VERSATO IL PRIMO ACCONTO PARI AD € _____ (Euro _____ *in lettere* _____) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (Euro _____ *in lettere* _____) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.**

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

Luogo e data _____

Firma Allievo

Trattamento dati personali

La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 Testo Unico (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE 679/2016, i suoi dati personali indicati verranno acquisiti dalla Regione Campania e trattati per finalità istituzionali e di interesse pubblico connesse esclusivamente alle attività di monitoraggio e controllo delle attività di formazione autofinanziata ed autorizzate dalla Regione stessa, fermi restando i suoi diritti di cui agli artt.16 (diritto di rettifica), 17 (diritto alla cancellazione), 18 (diritto di limitazione al trattamento), 18 20 (diritto alla portabilità dei dati) e 21 (diritto di opposizione) del Reg. UE 679/2016.

Il Titolare del trattamento è l'Ente "Regione Campania" con sede in Napoli (Italia), Via S.Lucia n.81 ed il Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 196/03 è il Direttore Generale – Direzione Generale 50-11-00.

Luogo e data _____

Firma Allievo



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