



CORSO DI PRIMA FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO
 Riconosciuto dall' Agenzia Regionale ALFA
 con Decreto del Dirigente della sede territoriale di Savona n. 944 del 29.06.2020
 ai sensi ex artt. 20 e 76 – L.R. 18/2009

IS.FOR.COOP in partenariato con ASL 2 Regione Liguria

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)

Compilazione a cura del Soggetto attuatore (compilare una scheda per ogni richiedente) .

A. Identificazione dell'intervento

Titolo dell'intervento	CORSO DI PRIMA FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO
Codice dell'intervento	SV2020/ISFORCOOP/OSS
Fondo (specificare se si tratta di FSE o di altre fonti di finanziamento)	
Asse – Obiettivo specifico	
Soggetto attuatore	IS.FOR.COOP in partenariato con ASL 2 Regione Liguria
Sede dell'intervento	ISFORCOOP SAVONA

B. Indicare il criterio utilizzato nella selezione dei destinatari:

1	Selezione in base alle attitudini e alla motivazione	
2	Selezione in base alle competenze/skills	
3	Selezione in base all'ordine di arrivo delle domande d'iscrizione	
4	Nessuna selezione	
5	Utenza predeterminata: (specificare)	
6	Altro: (specificare)	

C. A seguito della selezione, il richiedente è:

1	Ammesso all'intervento	
2	Non ammesso all'intervento	

LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)	
TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA	

specificare il titolo di studio:

- **di essere nella seguente condizione occupazionale: (indicare una sola risposta)**

In cerca di prima occupazione	
Persona in stato di non occupazione diverso da studente (inattivo come ad es. casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in altra condizione)	
Lavoratori autonomi	
Lavoratori a tempo indeterminato (tutti i contratti a tempo indeterminato, comprese tutele crescenti, in somministrazione, intermittente con l'esclusione dell'apprendistato)	
Tirocinanti e work experience o servizio civile	
Percettore di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro (CIGO, CIGS, Contratti di solidarietà)	
Lavoratori precari (tutti i contratti a termine: a tempo determinato standard, per sostituzione, co.co.co, in somministrazione, intermittente, occasionale, altra forma contrattuale)	
Apprendisti	
Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)	
Studente	

Se disoccupato compilare la SEZIONE A - Se occupato compilare le SEZIONI B e C – Se studente o persona in stato di non occupazione non compilare nessuna delle SEZIONI A, B e C

SEZIONE A

- **di essere in cerca di prima occupazione o disoccupato alla ricerca di nuova occupazione:**

- ✓ di aver rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o all'INPS o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi della DGR 287/2017 corrisponde al rilascio della DID (componente soggettiva)

INDICARE LA DATA DID (registrazione ai portali ANPAL o INPS o Mi Attivo): ____/____/____

- ✓ di essere privo di impiego (componente oggettiva)
- ✓ di essere in cerca di lavoro da: (indicare una sola risposta)

meno di 6 mesi (≤ 6 mesi)	
6 a 12 mesi (≤ 12 mesi)	
12 mesi e oltre (> 12 mesi)	

SEZIONE B

- **di essere occupato:**

di aver rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi della DGR 287/2017 corrisponde al rilascio della DID
INDICARE LA DATA DID (registrazione ai portali ANPAL o Mi Attivo): ____/____/____

oppure

di non aver rilasciato la DID (dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva di lavoro) sul portale nazionale ANPAL o di essere registrato sul portale regionale Mi Attivo, che ai sensi della DGR 287/2017 corrisponde al rilascio della DID

SEZIONE C

• **di svolgere attività lavorativa con un reddito annuo:**

- superiore al reddito minimo escluso da imposizione*
 pari o inferiore al reddito minimo escluso da imposizione*

(Barrare una delle due opzioni di reddito)

* Tale limite è pari per le attività di lavoro subordinato o parasubordinato, ad euro 8.000, e per quelle di lavoro autonomo ad euro 4.800.

• **Dichiara altresì di trovarsi nella seguente condizione: (sono possibili più risposte)**

ATTENZIONE: La seguente tabella è da compilare solo nei casi in cui l'attività è finanziata dal F.S.E. o se la propria condizione è un requisito di accesso all'attività

Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro, senza figli a carico	
Detenuto/ex detenuto	
Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento	
Senza dimora e colpito da esclusione abitativa	
Altro tipo di vulnerabilità	
Nessuna tipologia di vulnerabilità	
Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico	
Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo)	
Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componente adulti nel nucleo)	
Persona disabile	
Migrante o di origine straniera	
Appartenenti a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)	
Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)	
Tossicodipendente/ex tossicodipendente	
Si rifiuta di fornire informazioni	

• **Dichiara infine:**

- ✓ di essere a conoscenza che l'assegnazione al corso è subordinata al superamento di apposita selezione e che la relativa graduatoria sarà affissa all'albo dell'organismo informativo/impresa e che la frequenza al corso resta condizionata all'esito di visite mediche di idoneità, svolte nei casi e con le modalità previste dalle leggi vigenti;

- ✓ di avere letto la scheda informativa di dettaglio ovvero il bando relativo al corso e di accertarne integralmente il contenuto;
- ✓ di accettare di fruire della formazione con modalità a distanza;
- ✓ di essere consapevole che verrà contattato successivamente al termine del corso per conoscere eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo e, a tale fine, indica quale recapito preferenziale:

- il proprio telefono dell'abitazione
- il proprio telefono cellulare
- la propria e-mail

di avere letto la scheda informativa di dettaglio ovvero il bando relativo al corso e di accertarne integralmente il contenuto;

Consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza _____ al trattamento dei dati personali, inclusi i dati sensibili, definiti all'art.4 lett. d) del decreto legislativo n.196/2003 come "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*", indicati per le finalità di cui al bando/avviso pubblico in oggetto e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega infine l'informativa sulla privacy ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili del minore

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____) il _____ residente a _____ in via _____ n.____, città _____ (____), in qualità di genitore del /tutore che esercita la potestà sul minore _____ autorizza _____ al trattamento dei dati personali, inclusi i dati sensibili, del minore definiti all'art.4 lett. d) del decreto legislativo n.196/2003 come "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*", indicati per le finalità di cui al bando/avviso pubblico in oggetto e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE (o del genitore /tutore in caso di minori)

Allega infine l'informativa sulla privacy ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 19 e ss.mm.ii

DICHIARA

✓ di essere a conoscenza che:

- La durata del corso è di n. 1200 ore di cui 400 ore di teoria, 550 ore di tirocinio, 50 ore di attività complementare e 200 ore di modulo tematico.
- La frequenza è obbligatoria. Le assenze consentite non possono superare il 10% delle ore complessive pari a 120 ore così ripartite: 60 ore nelle attività formative teoriche e 60 ore nelle attività formative di tirocinio.
- Il costo del corso è di € 2.400,00 (IVA esente) suddiviso in n. due rate: € 1.200,00 prima dell'avvio del corso e € 1.200,00 a metà percorso.
- La candidatura all'edizione del corso prevista presso la sede di Savona precluderà la candidatura all'edizione prevista presso la sede di Albenga e viceversa e **CHIEDE**, quindi, di essere iscritto/a al Corso di Prima Formazione per Operatori Socio Sanitari, che si svolgerà presso la seguente sede:

SEDE DI SAVONA, Via F. Baracca 1r - Savona

SEDE DI ALBENGA, Via Piemonte – Regione Carrà 19/5B – Albenga (Sv)

Data _____

Firma leggibile per esteso per presa conoscenza

INFORMATIVA PRIVACY “CORSISTI”

La ISFORCOOP (per il prosieguo anche solo l'Associazione), effettua trattamenti di dati personali nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione dei dati delle persone fisiche.

A tale scopo, l'Associazione ha deciso di adottare un proprio “Registro delle attività di trattamento dei dati personali” nonché mette in atto “misure tecniche ed organizzative di sicurezza” volte a tutelare i dati personali trattati dall'Associazione.

Con la presente, l'Associazione Le fornisce alcune informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati.

Dati di contatti del Titolare e dei Responsabili del trattamento

L'Associazione è il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali.

Secondo le disposizioni del Regolamento UE 2016/679, al momento del conferimento dei dati Lei acquisisce il titolo di Interessato al trattamento dei dati.

Per qualsiasi chiarimento od esigenza connessa al trattamento, gli Interessati possono rivolgersi a:
ISFORCOOP - Sede legale Salita Nuova .N.S. del Monte, 3c – Genova
Telefono 010 837301 Indirizzo PEC RPD audit.isforcoop@arubapec.it

Finalità del trattamento e base giuridica

I Suoi dati personali sono acquisiti dall'Associazione esclusivamente per le finalità connesse allo svolgimento del servizio di formazione offerto nonché per l'assolvimento degli obblighi di legge conseguenti, quali ad esempio, gli adempimenti fiscali

La mancata comunicazione dei dati comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire, definire o porre in atto il predetto servizio.

Comunicazione dei dati

L'Associazione si avvale di professionisti e/o altre società (i Consulenti) per l'erogazione di determinati servizi connessi, strumentali o di supporto all'attività dell'Associazione.

I Suoi dati personali possono essere, dunque, oggetto di comunicazione a tali soggetti esclusivamente per l'adempimento degli incarichi professionali loro affidati. In particolare, le finalità di tali trattamenti concernono: adempimenti di natura contabile, retributiva, previdenziale, assistenziale, legale e fiscale. Questi soggetti, potendo eventualmente svolgere attività di trattamento dei Suoi dati, sono stati nominati Responsabili del trattamento e offrono ampie garanzie di sicurezza per il loro trattamento. In ogni caso, i Responsabili del trattamento nominati sono tenuti al rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679.

I Suoi dati potranno anche essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente in ossequio ad un'espressa disposizione di legge in tal senso.

Modalità di trattamento

Il trattamento sarà effettuato, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza in modo da tutelare la riservatezza e i diritti dell'Interessato. Tutti i dipendenti o collaboratori del Titolare che effettuino attività di trattamento dei Suoi dati, sono stati espressamente designati al trattamento dei dati e adeguatamente formati circa i principi e le corrette modalità di trattamento dei dati.

L'Associazione non effettua alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, dei Suoi dati.

Periodo e modalità di conservazione

I Suoi dati verranno conservati per il periodo di 10 anni dalla data di conclusione del corso e, comunque, per il tempo strettamente necessario per le finalità anzidette nonché in ossequio alle normative applicabili di natura civile, contabile, fiscale e regolamentare.

Sono adottate dall'Associazione adeguate misure di sicurezza dei Suoi dati al fine di prevenire i rischi legati, oltre che al trattamento ed alla tutela dei diritti dell'Interessato, anche alla sicura conservazione dei dati stessi.

Diritti dell'Interessato

Il Regolamento UE 2016/679 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, fra i quali, quelli di richiedere all'Associazione: l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione al trattamento dei Suoi dati nonché quello di revocare il consenso già prestato. Inoltre, ha diritto di ricevere in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti e trasmettere tali dati a un altro Titolare del trattamento.

Per esercitare i Suoi diritti o qualsiasi altra necessità, La invitiamo a contattare il responsabile della protezione dei dati nominato dall'Associazione attraverso una comunicazione scritta all'indirizzo PEC audit.isforcoop@arubapec.it

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo per i casi di ritenuta violazione da parte dell'Associazione delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il Sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

sottoscrive la presente dichiarando di aver letto e compreso l'**Informativa Privacy per i Corsisti**

Data _____

Firma _____

Il Sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

presta il proprio consenso

nega il proprio consenso

(barrare la scelta desiderata)

Data _____

Firma _____