****

 **DOMANDA di PRE ADESIONE SEDE DI GENOVA**

 **CORSO PRIMA FORMAZIONE PER OPERATORI SOCIO SANITARI**

NOME………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

COGNOME……………………………………………………………………………………………………………………………………………

LUOGO E DATA DI NASCITA……………………………………………………………………………………………………………….

CODICE FISCALE………………………………………………………………………………………………………………………………..

EMAIL……………………………………………………………………TELEFONO……………………………………………………..

 Il/la Sottoscritto/a, dichiara:

󠆬 il proprio interesse a ricevere telefonate o mail informative, per partecipare alla selezione del corso in oggetto

󠆬 di essere a conoscenza che l’accettazione dell’iscrizione definitiva al corso da parte dell’Organo Formativo è subordinata al superamento della selezione

󠆬 di aver ricevuto, compreso e accettato le indicazioni scritte nel documento 1 allegato alla presente scheda

 **Data…………………….. Firma……………………………………………………………………….**

 Consenso al trattamento dati personali ai sensi art. 23 D.lgs 196 del 30/06/2003

Informativa e consenso ai sensi della Legge 31.12.1996 n. 675/96

“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”

I dati da Lei conferiti saranno trattati e contenuti in banche dati allo scopo di consentire la gestione elettronica del procedimento amministrativo in relazione al quale il conferimento dei dati è obbligatorio. Titolare dei dati è Isforcoop

Potrà rivolgersi all’Ente per limitare l’uso dei dati conferiti e il loro inserimento in indirizzari, nonché per esercitare i diritti di cui all’art. 13 della L.675/96 che si allega alla presente scheda.

**CONSENSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, preso atto dell’informativa di cui sopra e dei diritti riconosciuti dall’art. 13 della L.675/96, dichiara di prestare il proprio consenso ai sensi degli artt. 11 e 20 della Legge 675/96, al trattamento dei propri dati nei termini e con le finalità sopra individuate.

**Data……………………………… Firma…**…………………………………………