

Scheda di iscrizione all'intervento



StudioAschei per la Formazione
e la Consulenza Aziendale



Agenzia regionale per il lavoro
la formazione e l'accreditamento

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

**Responsabile conduzione attività/ Addetto alla
trattazione degli affari (decreto del _____)**

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

A. Identificazione dell'intervento

Titolo dell'intervento	Responsabile conduzione attività/ Addetto alla trattazione degli affari
Codice dell'intervento	
Corso riconosciuto	Alfa – agenzia regionale per il lavoro la formazione e l'accreditamento
Soggetto attuatore	STUDIO ASCHEI & ASSOCIATI
Sede dell'intervento	FAD/AULA

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	X
4	Nessuna selezione	
5	Utenza predeterminata:..... (specificare)	
6	Altro:..... (specificare)	

C. A seguito della selezione, il richiedente è:

1	Ammesso all'intervento	X
2	Non ammesso all'intervento	

Compilazione a cura del destinatario (compilare una scheda per ogni singolo destinatario)

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO
(da utilizzare per gli interventi rivolti alle persone)

.... sottoscritto/a nato/a il | | | - | | | - | | | | |
a (.....) Stato.....
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere iscritto/a a frequentare/partecipare all'intervento indicato e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di mendaci dichiarazioni in base agli art. 496 del Codice penale e art.76 del DPR 455 del 28/12/2000, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,

DICHIARA

- **di avere la seguente cittadinanza:**.....

- **di risiedere in:**

Via/Piazza..... n° C.A.P.....
Località..... Prov..... Tel. Abitazione*/.....
Telefono cellulare*/..... e-mail*

*) È obbligatorio indicare almeno uno dei tre recapiti richiesti

- **di avere il domicilio in** (solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio):

Via/Piazza..... n° C.A.P.....
Località..... Prov..... Tel. Abitazione...../.....

- **di essere:**

1	Uomo	
2	Donna	

- **di essere in possesso del seguente titolo di studio:** (se in possesso di più titoli, indicare il titolo più alto - una sola risposta)

NESSUN TITOLO	
LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO di VALUTAZIONE FINALE	
LICENZA MEDIA/AVVIAMENTO PROFESSIONALE	
TITOLO di ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)	
DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ	
QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)	
DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)	
LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)	
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)	
Lavoratore autonomo	
Lavoratore a tempo indeterminato (tutti i contratti a tempo indeterminato, comprese tutele crescenti, in somministrazione, intermittente con l'esclusione dell'apprendistato)	
Tirocinante e work experience o servizio civile	
Percettore di ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro (CIGO, CIGS, Contratti di solidarietà)	
Lavoratore precario (tutti i contratti a termine: a tempo determinato standard, per sostituzione, co.co.co, in somministrazione, intermittente, occasionale, altra forma contrattuale)	
Apprendista	
Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)	
Studente	

-
- **di avere i seguenti requisiti**

Maggiore età	
Assolvimento dell'obbligo scolastico (o titolo di studio equipollente se conseguito all'estero)	
(Per i cittadini stranieri) conoscenza della lingua italiana livello B1 o superiore, eventualmente dimostrabile tramite test	
(Per i cittadini extracomunitari) regolare permesso di soggiorno valido per l'intera durata del percorso formativo o dimostrare l'attesa del rinnovo documentata dell'avvenuta presentazione della domanda di rinnovo del titolo di soggiorno	

-
- **di voler seguire il corso presso l'ambito territoriale di:**

Genova	
Imperia	
La Spezia	
Savona	

(le partenze delle edizioni sono disciplinate dal raggiungimento del numero minimo per ambito territoriale)

- **di usufruire del corso nella seguente modalità**

Corso intero	
Corso ridotto al 50% (riservato esclusivamente a chi può dimostrare una continuità lavorativa superiore a dieci anni nell'arco degli ultimi venti anni, in qualità di titolare o dipendente con regolare e continuativo rapporto di lavoro)	

-
- **Dichiara infine:**

- ✓ di avere letto la scheda informativa 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

Data

FIRMA LEGGIBILE DEL RICHIEDENTE

Allega infine l'informativa sulla privacy ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii e dell'articolo 13 del GDPR Regolamento UE 679/2016.

Allegato 1: Modulo Di Consenso Al Trattamento Dei Dati Personal

Ai sensi della sovra indicata informativa, io Sottoscritto/a _____

con la sottoscrizione della presente informativa, dichiaro di aver ricevuto, in applicazione del Codice Privacy e dell'art. 13 del Regolamento, idonea e completa informativa circa le norme concernenti la tutela dei dati personali ed ai diritti riconosciuti all'interessato.

Acconsento

Non Acconsento

al trattamento di dati personali

per le finalità *[inserire specifico riferimento alla finalità, esempio: attività di promozione e marketing, invio news letter...]* descritte nella presente informativa.

Lì e data

Firma

Revoca del consenso al trattamento.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 7 è possibile revocare per iscritto il consenso al trattamento dei dati personali. L'eventuale revoca potrebbe comportare l'impossibilità di eseguire correttamente il rapporto in esse