



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ e-mail _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

CHIEDE
di partecipare al Corso
“OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)”

- **Sede:** Sulmona (AQ) – Via Monsignor Luciano Marcante, 3
- **Durata:** 1000 ore
- **Quota di partecipazione:** € 2.500,00
- **Pagamento:** 30% all’ammissione + 4 rate mensili
- **Diritti di Segreteria:** € 100 (Allegare alla presente la Ricevuta Bonifico)

Che la fattura sia emessa:

a suo carico	
a carico dell’azienda	

➔ *Compilare la sezione sottostante relativa ai dati aziendali*

Azienda _____ Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita IVA

Luogo e Data _____ Firma Richiedente _____



1. La presente Domanda di iscrizione dovrà essere inviata entro il 20 dicembre 2014, a mezzo Raccomandata A.R., al seguente indirizzo:
 - **CE.S.CO.T. ABRUZZO –Via Monsignor Luciano Marcante 3, 67039 Sulmona (AQ).**
2. Il pagamento dovrà essere effettuato, prima dell'inizio delle Attività didattiche, nei seguenti modi:
 - 30% all'Ammissione + 4 rate mensili; Pagamento in contanti presso la Segreteria;
Bonifico Bancario (consegnare l'ordinativo di bonifico in Segreteria) intestato al CE.S.CO.T. ABRUZZO – 67039 Sulmona (AQ), Via Monsignor Luciano Marcante n. 3, utilizzando le seguenti Coordinate bancarie:
BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA
Filiale di Sulmona Sede
IBAN: **IT14F053874080200000184415**
3. Eventuali rinunce devono essere comunicate al CE.S.CO.T. ABRUZZO almeno 3 giorni prima dell'inizio del Corso. In caso di rinuncia sarà rimborsata la quota di iscrizione decurtata del 30%. Non è previsto alcun rimborso della quota di iscrizione per rinunce non comunicate nel suddetto termine.
4. Il CE.S.CO.T. ABRUZZO si riserva la possibilità di annullare il Corso per causa di forza maggiore. In tal caso al partecipante sarà restituita la quota di iscrizione.
5. **ALLEGATI OBBLIGATORI:** a) Curriculum Vitae in Formato Europass; b) Copia Documento d'Identità valido; c) Ricevuta del Bonifico bancario relativo al versamento di € 100 (Euro Cento/00) quali Diritti di Segreteria (Coordinate Bancarie per il Bonifico: **Banca Popolare dell'Emilia Romagna – Filiale di Sulmona Sede – IBAN: IT14F053874080200000184415**).

Luogo e Data _____

Firma Richiedente _____

D.Lgs 30 giugno 2003, n.196 – Codice in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi e per gli effetti del DLgs 196/2003, il partecipante/Azienda sottoscrive la presente quale espresso consenso al trattamento dei propri dati personali da parte del CE.S.CO.T. ABRUZZO e conferma di aver ricevuto informativa sui seguenti punti:

1)I dati personali verranno trattati esclusivamente per gli scopi connessi ai fini istituzionali da CE.S.CO.T. ABRUZZO ovvero dipendenti da obblighi di legge, ivi compresa l'adozione di misure di sicurezza; 2) i dati personali potranno essere trattati anche per finalità di informazione circa le attività promozionali e di formazione promosse da CE.S.CO.T. ABRUZZO, anche con newsletter a mezzo e-mail e/o fax e/o posta di superficie; 3) i dati personali verranno trattati manualmente e con strumenti automatizzati, conservati per la durata prevista dal DLgs 196/2003 e alla fine distrutti; 4) il conferimento dei dati è obbligatorio per beneficiare dei servizi di cui sopra e l'eventuale diniego di consenso comporta l'impossibilità per CE.S.CO.T. ABRUZZO di erogare il servizio richiesto; 5) i dati personali non saranno diffusi presso terzi; 6) l'azienda interessata gode dei diritti assicurati dall'art. 7 del citato DLgs 196/2003, che potranno essere esercitati, secondo l'art.8 DLgs 196/2003, mediante apposita richiesta al titolare o al responsabile del trattamento; 7) titolare del trattamento è CE.S.CO.T. ABRUZZO – Via Raiale 110 bis – 65128 Pescara.

- Il richiedente esprime il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati personali, con le modalità e per le finalità ivi indicate.
- Il richiedente desidera **non** ricevere ulteriori informazioni sulle attività di formazione organizzate da CE.S.CO.T. ABRUZZO.

Luogo e Data _____

Firma Richiedente _____