

MODULO ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

NOME		COGNOME		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	CITTÀ DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTÀ DI RESIDENZA	INDIRIZZO	CIVICO	CAP	PROVINCIA
<input type="text"/>				
CELLULARE	TELEFONO	EMAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TITOLO DI STUDIO		OCCUPAZIONE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Chiede di essere iscritto al seguente corso/certificazione:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eipass 7 Moduli User | <input type="checkbox"/> Inglese TRINITY GESE livello _____ |
| <input type="checkbox"/> Eipass _____ | <input type="checkbox"/> Lezioni inglese _____ ore |
| <input type="checkbox"/> Eipass corso online LIM + Tablet | <input type="checkbox"/> Lezioni italiano CELI _____ ore |
| <input type="checkbox"/> Eipass Personale ATA + Dattilografia | <input type="checkbox"/> Coordinatore amministrativo 500 ore |
| <input type="checkbox"/> Eirsaf Dattilografia | <input type="checkbox"/> O.A.E.D. 600 ore |
| <input type="checkbox"/> Corso di Laurea _____ | <input type="checkbox"/> O.S.S. 1000 ore |
| <input type="checkbox"/> Master _____ | <input type="checkbox"/> O.S.S.S. 400 ore |
| <input type="checkbox"/> Perfezionamenti/Alta form. _____ | <input type="checkbox"/> O.S.S. 300 ore (con diploma IP S.S.S.) |
| <input type="checkbox"/> Inglese LRN ESOL livello _____ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Costo: _____ Modalità di pagamento: _____

Sottoscrizione:

Con la sottoscrizione del presente modulo e all'avvenuto pagamento dell'importo indicato, il presente contratto si intende perfezionato.

Rinuncia alla facoltà di ripensamento:

Il sottoscrittore utente dichiara e riconosce che, ottenute le credenziali d'accesso ed effettuando il primo accesso, rinuncia al diritto di ripensamento, avendo iniziato ad usufruire dei servizi. Ove, invece, non ritenesse di rinunciare a detto suo diritto, si impegna a non effettuare l'accesso prima di 14 gg. dalla sottoscrizione del presente contratto.

Trattamento dei dati personali:

I dati forniti saranno oggetto di trattamento ai sensi del REGOLAMENTO (UE) n. 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016. In qualunque momento potrà esercitare i diritti previsti nei limiti ed alle condizioni previste dagli articoli 7 e 15-22 del Regolamento, rivolgendosi al Titolare del trattamento IDAFORM, Via Cavour, 9 03043 Cassino (FR), inviando una e-mail all' indirizzo amministrazione@idaform.it.

_____ li _____ FIRMA _____
(se minore genitore o chi ne fa le veci)

Preso atto dall'informativa di cui sopra, esprimo il mio consenso al trattamento e la comunicazione dei miei dati personali, i quali saranno utilizzati per l'integrale esecuzione del corso in oggetto. Il sottoscrittore dichiara di aver preso visione e di accettare, ai sensi degli artt. 1341 e succ. cod. civ. le condizioni generali di contratto previste nei punti 1. Sottoscrizione; 2. Rinuncia alla facoltà di ripensamento; 3. Trattamento dati personali.

_____ li _____ FIRMA _____
(se minore genitore o chi ne fa le veci)

CENTRO DI FORMAZIONE CONVENZIONATO CON



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DEL TITOLO DI STUDIO**

(ART. 46 e 46, D.P.R. N. 445/00)

(Da compilare solo per iscrizione a corsi universitari, corsi professionali e regionali)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___

a _____ (___) residente in _____

Via/Piazza _____ CF _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di avere conseguito il seguente titolo di studio (Laurea): _____

in data ___/___/___ presso _____

con sede a _____ (___) e di aver riportato la seguente votazione ___/___ . Dichiaro inoltre che la durata legale del corso è di anni _____.

di avere conseguito il seguente titolo di studio (Diploma): _____

in data ___/___/___ presso _____

con sede a _____ (___) e di aver riportato la seguente votazione ___/___ . Dichiaro inoltre che la durata legale del corso è di anni _____.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati ai sensi del REGOLAMENTO (UE) n. 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ li _____ FIRMA _____

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

CENTRO DI FORMAZIONE CONVENZIONATO CON

