



DOMANDA DI ISCRIZIONE
A CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
AUTORIZZATO DA REGIONE CAMPANIA

All'Agenzia Formativa

I.C.F. – ISTITUTO CENTRALE DI FORMAZIONE

codice Accreditamento 757
Via Annunziatella 23, CAP 80053
Castellammare di Stabia (NA)
Tel: 08119327794
email: icf.formazione@gmail.com

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

oppure (compilare da parte del genitore/tutore nel caso di allievo minorenni)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
per conto del proprio figlio _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

recapito telefonico fisso (1) * _____ recapito telefonico fisso (2) * _____
recapito telefonico mobile (1) * _____ recapito telefonico mobile (2) * _____
indirizzo e-mail (1) * _____ indirizzo e-mail (2) * _____

**(facoltativo)*

CONSAPEVOLE

Delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio),



CHIEDE

di essere iscritto al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo: **Abilitazione attività di Commercio nel Settore Merceologico Alimentare e di Somministrazione di Alimenti e Bevande – ex art. 71, c. 6, lett. a) del D.Lgs. n. 59/2010” (in sigla: SMA-SAB)**

oppure (compilare da parte del genitore/tutore nel caso di allievo minorenn)

di richiedere l'iscrizione di _____

al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo: **Abilitazione attività di Commercio nel Settore Merceologico Alimentare e di Somministrazione di Alimenti e Bevande – ex art. 71, c. 6, lett. a) del D.Lgs. n. 59/2010” (in sigla: SMA-SAB)**

avente durata pari A **90 ore**, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. 00757202102081030471 del 03/02/2021, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di Castellammare di Stabia (NA), all'indirizzo Via Annunziatella 23 – Castellammare di Stabia (NA) – **MODALITA E-LEARNING SINCRONA**

A tal fine dichiara:

1. di essere in possesso/ che il proprio figlio è in possesso di:

Titolo di Studio _____ conseguito il _____
presso _____.

Oppure: Qualifica richiesta per la frequenza al corso (*se diversa dal titolo di studio*)
_____ conseguita il _____
presso _____.

2. (*eventuale*) di aver contestualmente presentato richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso (*se applicabili*) come da documentazione allegata.
3. (*nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea*), di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso come da copia allegata.
4. di essere a conoscenza degli obblighi previsti da Regione Campania in merito alle modalità di partecipazione alle attività formative ed in particolare di essere a conoscenza che è previsto l'obbligo di frequenza per almeno il 80% (ottanta per cento) del monte ore COMPLESSIVO del corso al fine di poter essere ammesso all'esame finale e che il percorso formativo prevede lo svolgimento delle seguenti attività:
 - AULA (monte ore pari a: 63) di cui ore FAD /E-Learning 63
 - LABORATORIO (monte ore pari a: _____)
 - STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: 27 di cui ore FAD /E-Learning 27



5. di essere a conoscenza che il Titolo di Studio o Qualifica richiesta per la frequenza al corso è: Possesso di titolo attestante l'assolvimento dell'obbligo di istruzione. Per quanto riguarda coloro che hanno conseguito un titolo di studio all'estero occorre presentare una dichiarazione di valore o un documento equipollente/corrispondente che attesti il livello del titolo medesimo. Per i cittadini stranieri è inoltre necessario il possesso di un attestato, riconosciuto a livello nazionale e internazionale di conoscenza della lingua italiana ad un livello non inferiore all'A1 del QCER.

DICHIARA, INOLTRE,

DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (EURO _____ *in lettere* _____) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Oppure

DI AVER VERSATO IL PRIMO ACCONTO PARI AD € 100 (Euro CENTO) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € 530 (Euro CINQUECENTOTRENTA/00) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Allega:

1. documento di identità n. _____, in corso di validità, rilasciato in data _____ dal _____.
2. copia permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso *(nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea)*.
3. Copia del Titolo di Studio

Luogo e data _____

Firma

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del Trattamento: I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di frequentare un corso di formazione professionale e di ammissione all'esame finale per il rilascio di un attestato/qualifica.

2. Modalità del Trattamento: Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano l'utilizzo di sistemi informatici (*Piattaforma Regionale SILF*).

3. Conferimento dei dati: Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la non iscrizione al corso.

4. Comunicazione e diffusione dei dati: I dati forniti potranno (essere/saranno) comunicati a: Regione Campania – Direzione Generale Istruzione Formazione Lavoro e Politiche Giovanili. I dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione ma inseriti in una piattaforma regionale per attività istituzionali di monitoraggio e controllo.

5. Titolare del Trattamento: Il titolare del trattamento dei dati personali è ICF – Istituto Centrale di Formazione con sede in Via Annunziatella nr. 23 – 80053 Castellammare di Stabia (NA) ; Mail: icfformazione@gmail.com PEC icf@unimpresa.sicurezzapostale.it

6. Diritti dell'interessato: In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a I.C.F. – ISTITUTO CENTRALE DI FORMAZIONE all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail icf.formazione@gmail.com

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, lì

Firma



Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell'informativa.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA FORMATIVA / SOGGETTO ATTUATORE DEL CORSO

La presente domanda di iscrizione al corso di formazione professionale: **Abilitazione attività di Commercio nel Settore Merceologico Alimentare e di Somministrazione di Alimenti e Bevande – ex art. 71, c. 6, lett. a) del D.Lgs. n. 59/2010” (in sigla: SMA-SAB)** viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia