**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 minorenne)*

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: **Addetto ai Servizi di Controllo delle Attività di intrattenimento e di Spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi**

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

di richiedere l’iscrizione di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo: **Addetto ai Servizi di Controllo delle Attività di intrattenimento e di Spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi**

avente durata pari A **90 ore**, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. 00757202103021807421 del 02/03/2021, 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. *(eventuale)* di aver contestualmente presentato richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso *(se applicabili)* come da documentazione allegata*.*
2. *(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.
3. 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 percento) 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: 90) di cui ore DAD /E-Learning 90
	* LABORATORIO (monte ore pari a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
	* STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
4. 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 € 500 (Euro CINQUECENTO/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.



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: **Addetto ai Servizi di Controllo delle Attività di intrattenimento e di Spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi** viene acquisita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma Agenzia