



CITTA' DI ALBANO LAZIALE

DOMANDA DI AMMISSIONE

OGGETTO: Domanda di ammissione al corso "CORSO DI FORMAZIONE PER ASSISTENTE FAMILIARE", finanziato dal Comune di Albano Laziale – Assessorato alle Politiche Sociali, con Determina n. 812 del 10/10/2014 e realizzato da S.A.I.P. Formazione s.r.l.

*E' prevista una riserva di n. 36 posti per coloro che presentano apposita certificazione rilasciata da una delle trentasei famiglie, residenti nell'ambito territoriale RM H e beneficiarie del contributo per l'assistenza domiciliare indiretta promossa dal Comune di Albano Laziale, in esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 504 del 17/10/2012 - Progetto sperimentale in favore di persone non autosufficienti.*

Pertanto, con la presente dichiaro e certifico, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, tutte le informazioni sotto riportate.

COGNOME		CONDIZIONE LAVORATIVA:	
NOME		<input type="checkbox"/> Inoccupato/a (in cerca di prima occupazione)	
NATO/A A _____ Prov _____ IL ____/____/____ CITTADINANZA _____		<input type="checkbox"/> Disoccupato/a	
COD. FISC.		<input type="checkbox"/> Occupato _____	
ETÀ : ____		<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
SESSO : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		TITOLO DI STUDIO: (apporre una X in corrispondenza del titolo posseduto)	
DI ESSERE RICONOSCIUTO COME INVALIDO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , al ____%		_ LICENZA MEDIA _____ Scuola c/o la quale il titolo è stato conseguito _____	
TELEFONO		_ DIPLOMA DI MATURITÀ in _____	
E-MAIL		Istituto c/o la quale il titolo è stato conseguito _____	
INDIRIZZO RESIDENZA VIA _____ N° _____ CAP _____ LOCALITÀ _____ PROVINCIA _____		_ LAUREA in _____ Università c/o la quale il titolo è stato conseguito _____	
INDIRIZZO DOMICILIO (indicare il Comune se diverso dalla residenza) VIA _____ N° _____ CAP _____ LOCALITÀ _____ PROVINCIA _____		SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI:	
		<input type="checkbox"/> Copia documento d'identità	<input type="checkbox"/> Copia permesso di soggiorno (per cittadini extracomunitari)
		<input type="checkbox"/> Dichiarazione famiglia ospitante (se rientrante nei posti riservati)	<input type="checkbox"/> Altro
<p align="center"><b>INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART . 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196</b></p> <p>I dati che Le sono richiesti saranno utilizzati da S.A.I.P. Formazione s.r.l. nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/03, con il quale è stato emanato il Codice in materia di protezione dei dati personali e saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici, per finalità connesse alla gestione dell'intervento formativo. La natura del conferimento dei dati è facoltativa. Il rifiuto a rispondere comporta l'impossibilità di fornire il servizio richiesto. I dati potranno essere comunicati a soggetti delegati all'espletamento delle attività necessarie per la fornitura del servizio reso e diffusi esclusivamente nell'ambito di tale finalità.</p> <p align="center"><b>Dichiarazione di consenso ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/03</b></p> <p>Preso atto dell'informativa di cui sopra, fornitemi ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte di S.A.I.P. Formazione s.r.l. per le finalità indicate nell'informativa</p> <p><b>SI, acconsento</b> <input type="checkbox"/> <b>NO, non acconsento</b> <input type="checkbox"/> <b>Firma dell'interessato</b> _____</p>			

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE – REGISTRAZIONE CONSEGNA DOMANDA ISCRIZIONE

Prot . n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_