



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome della/del richiedente

sexso M F

nata/o a _____ (provincia _____) il giorno ____/____/____
Comune o Stato estero di nascita sigla

residente a _____ (provincia _____)
Comune di residenza CAP sigla

via _____ n. _____

- domiciliata/o a _____ (provincia _____)
se il domicilio è diverso dalla residenza CAP sigla

via _____ n. _____

- codice fiscale _____

- cittadinanza _____

- telefono ____/____/____ cellulare ____/____/____

- indirizzo di posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC) _____

ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli art. 48 e 76 del D.P.R n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

i seguenti dati necessari alla partecipazione ad interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- 00 Nessun titolo
- 01 Licenza elementare/attestato di valutazione finale
- 02 Licenza media/avviamento professionale
- 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di



Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata 2 o più anni)

- 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
- 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)
- 06 Diploma di tecnico superiore (IFTS)
- 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
- 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
- 09 Dottore di ricerca

- di essere nella seguente condizione sul mercato del lavoro:

- 01 In cerca di prima occupazione
- 02 Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
- 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- 04 Studente
- 05 Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

- in caso di condizione di: (01) in cerca di prima occupazione o (03) disoccupato alla ricerca di una nuova occupazione, indicare la durata della ricerca di lavoro:

- 01 Fino a 6 mesi (<=6)
- 02 Da 6 mesi a 12 mesi
- 03 Da 12 mesi e oltre (>12)

CHIEDE

di partecipare al seguente progetto:

Denominazione progetto: OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Soggetto attuatore: Agora' Società Cooperativa – Via Cimabue, 21 – 60019 Senigallia - An

Codice progetto: 1018906

Collaborazione nella rilevazione dei risultati ottenuti a seguito della partecipazione all'intervento

Al fine di poter valutare i risultati degli interventi realizzati nell'ambito del Programma operativo FSE Marche, così come previsto dai regolamenti europei in materia di FSE, l'Amministrazione potrebbe avere la necessità di conoscere alcune informazioni in merito alla Sua condizione sul mercato del lavoro successivamente alla conclusione dell'intervento. Con la sottoscrizione della presente domanda il richiedente si impegna a collaborare con l'Amministrazione fornendo le informazioni eventualmente richieste mediante questionari da compilare on line o interviste telefoniche.



La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte.

luogo

data

firma della/del richiedente

Allegare copia, chiara e leggibile, del documento d'identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/2000.



PROTEZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/03 ss.mm.ii. e del Reg. (UE) 2016/679 (in seguito: "GDPR")

Il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda sarà improntato ai principi previsti dal D. Lgs. 196/03 e dal GDPR. In particolare:

- I. i dati forniti saranno trattati in maniera informatizzata e manuale per procedere ai necessari adempimenti e alle necessarie verifiche, in relazione allo specifico procedimento amministrativo al quale fanno riferimento. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre ai fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Gli stessi dati potranno confluire nei sistemi informativi regionali, nazionali e comunitari di gestione e monitoraggio degli interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE) ai sensi dei Reg. (UE) n. 1303/2013 e n. 1304/2013 e ss.mm.ii;
- II. il titolare del trattamento è la Regione Marche – Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – Ancona;
- III. il responsabile del trattamento dei dati è la Dirigente Dott.ssa Graziella Gattafoni Servizio, *P.F. Istruzione e Diritto allo Studio Istruzione e Formazione Professionale*. I dati di contatto del Responsabile del trattamento sono: tel.: 0718063233; email: graziella.gattafoni@regione.marche.it; pec: regione.marche.pf_istruzione@emarche.it
- IV. Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è l'Avv. Paolo Costanzi, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. I dati di contatto del DPO sono: telefono: 071-8061; email: rpd@regione.marche.it; pec: regione.marche.rpd@emarche.it.
- V. L'incaricato del trattamento dei dati è Dott.ssa Graziella Gattafoni, responsabile del procedimento relativo all'Avviso pubblico ALLEGATO A al DDPF N. 459/IFD DEL 31 AGOSTO 2017 DISPOSIZIONI PER L'AUTORIZZAZIONE AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA L.R. N. 16/1990, DI AZIONI FORMATIVE PER L'AMMISSIONE DELLE STESSE AL CATALOGO REGIONALE DELL'OFFERTA FORMATIVA A DOMANDA INDIVIDUALE (FORM.I.C.A.) cui la presente domanda fa capo.

Oltre a quanto sopra indicato si assicura che tutti i trattamenti di dati saranno improntati ai principi previsti GDPR, con particolare riguardo alla liceità, correttezza e trasparenza dei trattamenti, all'utilizzo dei dati per finalità determinate, esplicite, legittime, in modo pertinente rispetto al trattamento, rispettando i principi di minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, responsabilizzazione (ex art. 5 del Regolamento). I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del GDPR per fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale), per il tempo stabilito dai regolamenti per la gestione procedimentale e documentale e da leggi e regolamenti in materia.

I soggetti cui si riferiscono i dati personali, nella loro qualità di interessati, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, godono altresì dei diritti di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del GDPR (per esempio possono chiedere al titolare del trattamento: l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi; la limitazione del trattamento che li riguarda; di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati e di proporre reclamo ai sensi dell'articolo 77 del GDPR, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma, Piazza di Montecitorio n. 121.)

Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.

luogo

data

firma



ALLEGA A CORREDO DELLA DOMANDA I SEGUENTI DOCUMENTI :

- Copia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia del permesso di soggiorno per stranieri;
- certificato medico di idoneità psico-fisica rilasciato dal medico di base o dal medico del lavoro con la seguente dicitura: **certificato di idoneità psico-fisica per lo svolgimento delle funzioni specifiche previste dal profilo professionale dell'operatore socio- sanitario;**
- copia titolo di studio più elevato;
- Per i titoli di studio conseguiti all'estero occorre presentare una dichiarazione di valore rilasciata dalla rappresentanza diplomatica-consolare italiana nel paese estero di riferimento;
- copia di attestati professionali posseduti inerenti all'ambito socio-sanitario;
- documentazione relativa ai lavori precedentemente svolti nell'ambito socio-sanitario (se in possesso);
- copia codice fiscale;
- 2 fotografie formato tessera;
- condizioni generali di contratto sottoscritte;
- ricevuta di pagamento attestante la caparra di **euro 400,00.**

Per l'iscrizione al corso occorre:

- **effettuare un bonifico nella seguente modalità:**

BENEFICIARIO : AGORA ' SOCIETA ' COOPERATIVA
CODICE IBAN: BANCA PROSSIMA S.P.A
IBAN IT 82 J 03359 01600 100000156090

CAUSALE: Nome e cognome del partecipante, Caparra corso OSS cod. 1018906

- **oppure versare la quota di iscrizione in contanti.**



Il/la sottoscritto/a _____ si obbliga a corrispondere all' Agorà Società Cooperativa la somma di € 1.980.00 (Millenovecentottanta/00) per la quale Agorà Società Cooperativa rilascerà regolare fattura.

Il/la sottoscritto/a _____ riconosce inoltre che la sua partecipazione al corso è condizionata al rispetto delle modalità di pagamento convenute ed alle condizioni generali di contratto tutte sottoscritte.

Riconosce all' Agorà Società Cooperativa il diritto insindacabile di accettazione o meno della presente.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che:

- l'assenza superiore al limite delle ore consentite comporta l'automatica perdita del diritto di ricevere l'attestato finale o l'esclusione dall'esame finale qualora previsto;
- in caso di rinuncia o di mancata integrazione anche documentale della presente non viene riconosciuto diritto ad alcun rimborso delle somme versate;
- qualora l'allievo iscritto al corso non versi l'intero importo previsto non riceverà l'attestato finale o non verrà ammesso a sostenere l'esame finale qualora previsto;
- di impegnarsi a concludere comunque i pagamenti prima della conclusione del corso e a versare

tutta la quota prevista per il corso anche in caso di successivo ritiro.

- la somma versata a titolo di caparra sarà rimborsata senza ulteriore importo, interesse o maggiorazione e comunque solo entro i limiti dell'importo pari ad € 400,00 qualora non si raggiungesse il numero di 25 allievi per l'attivazione del corso e qualora il candidato non superasse la selezione.

Senigallia, li _____

Firma



CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

OGGETTO: Corso cod. 1018906 denominazione: Operatore Socio-Sanitario. Approvato con D.D.P.F. n. 229 del 20/03/2020 “Corso Autorizzato in base all’art. 10 comma 2 e 3 L. R. 16/90”. Iscrizione corso.

1. Domanda Iscrizione

La domanda di iscrizione al corso di Operatore Socio-Sanitario, anno formativo 2019, dovrà pervenire ad Agorà Società Cooperativa con sede in Via Cimabue, 21,60019 Senigallia (An).

La domanda di iscrizione debitamente sottoscritta completa delle presenti condizioni generali di contratto anch'esse debitamente sottoscritte, dovrà essere completa in ogni sua parte e corredata della documentazione.

All'atto della presentazione della domanda di iscrizione dovrà essere allegato attestato di versamento della caparra di € 400,00 diretto a Agorà Società Cooperativa Via Cimabue, 21 60019 Senigallia (An).

La caparra di cui sopra non sarà restituita in caso di rinuncia al corso intervenuta oltre i termini di cui all’art. 5 né in caso di esclusione per mancata integrazione della domanda di cui all’art. 2 successivo.

E’ fatto salvo ogni maggior diritto di Agorà derivante dal presente contratto.

2. Incompletezza della domanda

In caso di incompletezza della domanda o carenza di documentazione Agorà Società Cooperativa potrà richiedere l'integrazione della stessa che dovrà avvenire improrogabilmente a pena d'esclusione entro tre giorni dalla richiesta di integrazione se del caso anche documentale.

3. Mancata accettazione della domanda

Agorà Società Cooperativa si riserva il diritto insindacabile di accettare o meno l'iscrizione del candidato.

In caso di mancata accettazione Agorà Società Cooperativa restituirà la caparra corrisposta all'atto della presentazione della domanda senza interessi, maggiorazioni o somme ulteriori e comunque non oltre l’importo di € 400,00.

4. Pagamenti

Il costo complessivo del corso è di € 1.980,00 (importo esente da IVA) che per comodità del partecipante potrà essere corrisposto entro i seguenti termini:

€ 400,00 al momento della presentazione della domanda di partecipazione al corso.

€ 200,00 entro il 31 Maggio 2020;

€ 200,00 entro il 30 Giugno 2020;

€ 200,00 entro il 15 Luglio 2020;

€ 200,00 entro il 30 Settembre 2020;

€ 200,00 entro il 31 Ottobre 2020;

€ 200,00 entro il 30 Novembre 2020;

€ 200,00 entro il 15 Dicembre 2020;

€ 180,00 entro il 31 Gennaio 2021;

L’allievo avrà in dotazione una divisa completa e una calzatura per lo svolgimento del tirocinio.

Costi per accertamenti sanitari ed eventuali visite mediche non sono compresi nell’importo complessivo corrisposto.



5. Recesso

In ottemperanza a quanto disposto dal D.lgs. n. 21 del 21.02.2014 relativo ai contratti a distanza e contratti conclusi fuori dai locali commerciali, il richiedente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di 14 (quattordici) giorni lavorativi dalla data di conclusione del presente contratto. Tale diritto potrà essere esercitato con l'invio, entro il termine previsto, di una comunicazione scritta indirizzata a Agorà Società Cooperativa, via Cimabue, 21 Senigallia mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. La comunicazione può essere inviata anche a mezzo fax, a condizione che sia confermata dall'interessato mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro le 48 ore successive.

6. Mancata attivazione del corso

Agorà Società Cooperativa si riserva la possibilità di non attivare il corso nel caso in cui non venga raggiunto il numero minimo di iscritti, pari a 25. In tal caso la somma versata a titolo di caparra sarà interamente rimborsata senza ulteriore interesse o maggiorazione e comunque solo entro i limiti dell'importo versato pari ad € 400,00.

7. Mancata o parziale partecipazione

Fatte salve le clausole riportate ai punti 3 (Mancata accettazione della domanda) - 5 (Recesso entro 14 gg ex D.lgs. n. 21 del 21.02.2014) - 6 (Mancata attivazione del corso), Agorà Società Cooperativa assume il diritto e facoltà di richiedere l'integrale pagamento del corrispettivo previsto qualora l'aderente rinunci o non partecipi ovvero partecipi parzialmente al corso.

8. Attestati

Il rilascio dell'attestato finale di partecipazione al Corso, se previsto, è subordinato al completamento dell'intero programma formativo del piano didattico d'aula e di stage come prestabilito dal bando, che il partecipante con la sottoscrizione del presente contratto dichiara di conoscere e di averne preso diretta visione e di aver sottoscritto anche per accettazione, ed al superamento con esito positivo dell'esame finale, se previsto.

9. Diritto alla riservatezza

Ai sensi della Legge 196/2003 e successive modificazioni, in conformità al Regolamento 2016/679/UE, il partecipante autorizza il trattamento dei dati per le finalità funzionali allo svolgimento delle attività di corso e comunque connesse alla fruizione dei relativi servizi.

10. Foro delle controversie

Per qualsiasi controversia il Foro competente, in via esclusiva, è quello di Ancona.

Senigallia,

Il candidato partecipante

Agorà Società Cooperativa



Si dichiara di accettare specificatamente ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e segg. Codice Civile le seguenti clausole contrattuali

Art. 1 iscrizione, trattenimento somme, maggiori diritti di Agorà;

Art. 2 Incompletezza della domanda;

Art. 3 Mancata accettazione della domanda;

Art. 4 Pagamenti;

Art. 5 Recesso;

Art. 6 Mancata attivazione del corso;

Art 7 Mancata o parziale partecipazione al corso;

Art. 8 Attestati;

Art. 9 Diritto alla riservatezza;

Art.10 Foro delle controversie.

Si sottoscrive per accettazione espressa delle sopra specificate clausole contrattuali .

Il candidato partecipante

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____

in _____ con la presente dichiara di aver ricevuto adeguata e comprensibile informativa orale in materia di diritto alla riservatezza e franamento dei dati ed autorizza espressamente la Cooperativa Agorà al trattamento dei suoi dati per tutte le finalità funzionali allo svolgimento del corso e dello stage nonché ad ogni finalità ad esse connesse o correlate

Il candidato partecipante



Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____

in _____ con la presente dichiara di

(cancellare la dizione che non interessa)

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

La Cooperativa Agorà all'invio di materiale pubblicitario/informativo/promozionale e di aggiornamento su servizi e corsi.

Il candidato partecipante
