



REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO DELL'ISTRUZIONE E DELLA FORMAZIONE  
PROFESSIONALE  
DIPARTIMENTO DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE



**CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**  
**“ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI”**  
**D.D.S. n.852 del 24 Luglio 2024**  
**2024/AUT/0358**

**Allegato A**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

<b><u>Il/La sottoscritto/a</u></b>	
Nome e Cognome _____	
Luogo e data di nascita _____	
Indirizzo _____	
CAP _____	Città _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____	
Tel. _____ e-mail _____	
Titolo di studio _____	

<b><u>Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)</u></b>	
Intestazione _____	
Indirizzo _____	Cap _____ Città _____ Pro _____
Codice Fiscale _____ Partita Iva _____	

**CHIEDE**

***di essere iscritto al CORSO DI SPECIALIZZAZIONE in Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili - Durata 976 ore - D.D.S. n°852 del 24 Luglio 2024 - 2023/AUT/0358***

con sede di erogazione formativa a **BAGHERIA (PA)**

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni specificate nell'allegato B "Condizioni generali" e facente parte integrante della presente scheda di iscrizione	
<b>Luogo e data</b>	<b>Firma</b>
_____	_____
Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara di aver preso visione integrale, in riferimento al Trattamento dei dati personali, dell'INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 E DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 (Allegato A.1-parte integrante della presente scheda di iscrizione) e di essere consapevole i dati forniti saranno raccolti dall'ente per le finalità di espletamento delle iscrizioni e gestione del corso e saranno trattati successivamente per le medesime finalità anche con strumenti informatici. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione ed il possesso di titoli, pena la non ammissione al corso. Ai/Alle partecipanti sono riconosciuti i diritti indicati dalla citata normativa, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il titolare del trattamento è Centro Studi Aurora ETS .	
<b>Luogo e data</b>	<b>Firma</b>
_____	_____

**Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali.**