



**CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**  
**“ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI”**  
**Provvedimento di autorizzazione D.D.G. n. 37 del 9 Febbraio 2022**

Allegato A

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**Il/La sottoscritto/a**

Nome e Cognome.....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo ..... CAP ..... Città .....

Prov. ....

Codice Fiscale.....

Tel. .... Fax ..... e-mail .....

Titolo di studio .....

**Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)**

Intestazione.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....Prov.....Co  
dice Fiscale.....Partita Iva.....

**CHIEDE**

di essere iscritto al CORSO DI SPECIALIZZAZIONE in Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili Durata 976 ore - (codice identificativo 1094 del Repertorio delle Qualificazioni della Regione Siciliana adottato con Decreto Assessoriale n. 2570 del 26 Maggio 2016) 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

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*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.*