

Modulo di iscrizione

Corso Assistente Studio Odontoiatrico

Si prega di compilare il presente modulo in stampatello

Il/la sottoscritto/a _____

(nome e cognome)

nato/a a _____ (____) il ____/____/____ Cittadinanza: italiana straniera

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (____), Via _____ N.Civ. _____ Cap _____

Domiciliato a _____ (____), Via _____ N.Civ. _____ Cap _____

(se diverso dalla residenza)

Telefono: _____, e-mail: _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A

AL CORSO PER ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO - 700 ORE

E DICHIARA

- di aver compiuto i diciotto anni
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in Italia presso il seguente Istituto Scolastico: _____
 - Paese U.E e a tal fine allega traduzione asseverata e/o dichiarazione di valore
 - Paese extra U.E e a tal fine allega traduzione asseverata e dichiarazione di valore
- di essere, al momento della presentazione della domanda:
 - Disoccupato/a
 - Occupato/a (_____)
 - Occupato/a in qualità di assistente presso uno studio odontoiatrico

DICHIARA INOLTRE DI ACCETTARE

- che il corso di Assistente Studio Odontoiatrico viene organizzato e gestito da PFPVALTELLINA in collaborazione con ANDI Sezione di Sondrio per una durata complessiva di 700 ore erogate secondo il calendario pubblicato sul sito www.pfpvaltellina.it ;
- le modalità di pagamento esplicitate nella tabella in calce a questa pagina;
- che il PFPVALTELLINA può richiedere integrazioni alla documentazione presentata;

PFP valtellina
polo di formazione professionale

Polo di Formazione Professionale Valtellina - Azienda Speciale della Provincia di Sondrio

Sede Legale: Via C. Besta, 3 - 23100 Sondrio # P.IVA/C.F. 00867240145 Tel. 0342515290 Fax 0342513319

Sede Vallesana: Via A. Zubiani, 37 - 23035 Sondalo Tel. 0342801551 Fax 03421590182

info@pfpvaltellina.it - www.pfpvaltellina.it

- che per ottenere l'attestato è richiesta:
 - la frequenza di almeno il 90% delle ore di lezione previste sulla base del calendario del corso, comprese le ore di tirocinio;
 - la partecipazione e il superamento di un esame finale con commissione mista interna ed esterna;
- nel caso di mancato superamento della prova d'esame non si ha diritto al rimborso della quota di adesione o condizioni di favore per l'iscrizione a successive edizioni dell'attività formativa;
- il periodo del tirocinio previsto nel percorso sarà calendarizzato sulla base delle esigenze dello studio odontoiatrico che ospiterà il tirocinante;
- che gli iscritti che non avranno saldato l'intero importo previsto o che non avranno frequentato il numero minimo di ore necessarie non verranno ammessi all'esame finale;
- che in caso di ritiro, a corso già avviato, gli importi versati non saranno rimborsati;

Rateizzazione dei pagamenti		
Iscrizione entro 27/02/2023	Prima rata entro 01/05/2023	Seconda rata entro 01/09/2023
500 EURO	700 EURO	700 EURO

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario intestato a: **Polo di Formazione Professionale Valtellina**

presso **Banca Crédit Agricole Italia**

Codice **IBAN**: IT 76 W 06230 11010 000016113228

Causale: Nome e cognome - CORSO ASO

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità;
- Fotocopia del codice fiscale / tessera sanitaria;
- Fotocopia del permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri)
- Fotocopia del titolo di studio;
- Traduzione asseverata / dichiarazione di valore del titolo di studio se conseguito all'estero.

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, che quanto sopra esposto corrisponde a verità e autorizza, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei propri dati personali.

Luogo, li _____

Firma (leggibile) _____

(nome e cognome)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e del Reg.UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali

e all'uso di video e immagini della propria persona.

Il titolare del trattamento dei dati e immagini della persona è PFP VALTELLINA – Azienda Speciale della Provincia di Sondrio, nella persona del Legale Rappresentante Dott. Evaristo Pini.

L'informativa sulla privacy, per quanto non qui specificato ed in particolar modo per l'esercizio dei diritti degli interessati, è disponibile sul sito <https://www.pfpvaltellina.it/privacy-policy>.

Luogo, li _____

Firma (leggibile) _____

(nome e cognome)

ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Gli alimenti e le bevande preparati messi a disposizione all'interno del Centro di Formazione potrebbero contenere (anche per contaminazione non volontaria) sostanze che possono provocare allergie o intolleranze, in particolare: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte (incluso lattosio), frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.

I soggetti allergici/intolleranti sono invitati a non consumare cibi/bevande preparati/somministrati all'interno del Centro di formazione.

Luogo, li _____

Firma (leggibile) _____

(nome e cognome)