

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

### corso di formazione professionale per OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

Corso autorizzato ai sensi dell'art. 10, L.R. n. 16/90

Codice corso 1019191 – Approvato dalla Regione Marche con D.D.P.F. Istruzione, Formazione, Orientamento e servizi territoriali per la formazione n. 254 del 30/03/2020

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 o Stato estero di nascita) CAP sigla

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliata/o a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_)  
(Comune o Stato estero di nascita) CAP sigla

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli art. 48 e 76 del S.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:

➤ 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
- 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)

**DICHIARA INOLTRE**

➤ di trovarsi nella/e seguente/i **condizione/i di vulnerabilità** (è possibile barrare una o più caselle):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 05 Persona disabile  | Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa settoriale   |
| <input type="checkbox"/> 06 Migrante o persona di origine straniera                               | Persona che si trova in una delle seguenti condizioni:<br>Persona con cittadinanza non italiana che risiede da almeno 12 mesi in Italia (o che si presume saranno almeno 12 mesi), o<br>Persona nata all'estero e che risiede da almeno 12 mesi (o che si presume saranno almeno 12 mesi) in Italia indipendentemente dal fatto che abbia acquisito o meno la cittadinanza italiana, o<br>Persona con cittadinanza italiana che risiede in Italia i cui genitori sono entrambi nati all'estero |
| <input type="checkbox"/> 07 Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) | Persona appartenente ad una minoranza linguistica o etnica, compresi i ROM   |
| <input type="checkbox"/> 08 Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore) |  |
| <input type="checkbox"/> 09 Tossicodipendente/ex tossicodipendente                                |  |
| <input type="checkbox"/> 10 Detenuto/ex detenuto  |  |
| <input type="checkbox"/> 11 Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento                   |  |

13 Altro tipo di vulnerabilità

Ad esempio studenti con Bisogni Educativi Speciali, alcolisti/ex alcolisti, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali ecc.

99 Nessuna condizione di vulnerabilità

Dichiarazione da compilarsi qualora il richiedente non intenda fornire le informazioni sulla condizione di vulnerabilità  
Il sottoscritto \_\_\_\_\_ non intende fornire all'Amministrazione le informazioni relative alla condizione di vulnerabilità di cui alla presente "Domanda di iscrizione all'intervento".

\_\_\_\_\_ luogo

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma

*(per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela)*

### CHIEDE

Di partecipare al seguente progetto:

Denominazione progetto: OPERATORE SOCIO SANITARIO

Soggetto attuatore: ERGO STUDIO SRL – Via Antimi, 6 – Macerata Feltria (PU)

Codice progetto: 1019191

### DICHIARA INFINE:

- di essere a conoscenza che l'assegnazione al corso è subordinata al superamento di apposita selezione e relativa graduatoria che sarà affissa all'albo dell'Ente Ergo Studio Srl, che la frequenza al corso resta condizionata all'esito di visite mediche di idoneità, svolte nei casi e con le modalità previste dalle leggi vigenti ed al pagamento di 2.300€;
- di avere letto la scheda informativa di dettaglio ovvero il bando relativo al corso e di accertarne integralmente il contenuto.

*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.*

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE – GDPR)

La Regione Marche in conformità al Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation – GDPR*) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Il **Titolare del trattamento** è la Regione Marche – Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona.

I **Delegati al trattamento** sono il Dirigente della Posizione di funzione “Programmazione nazionale e comunitaria” Andrea Pellei e il Dirigente P.F. “Istruzione, Formazione, Orientamento e Servizi territoriali per la Formazione” Massimo Rocchi.

Il **Responsabile della Protezione dei Dati** ha sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è [rpdp@regione.marche.it](mailto:rpdp@regione.marche.it).

**Finalità** I dati personali sono trattati per la partecipazione all'intervento nonché per consentire alla Regione, titolare del trattamento, l'adempimento degli obblighi di monitoraggio, valutazione e controllo previsti dal Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE) n. 1304/2013 e ss.mm.ii., inclusa la misurazione degli indicatori definiti nel Reg. (UE) n. 1304 (art. 5; all. I e II) e nel POR Marche FSE 2014/20. I dati forniti saranno trattati in maniera informatizzata e manuale per procedere ai necessari adempimenti e alle necessarie verifiche, in relazione ai fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, ai fini statistici. Gli stessi dati potranno confluire nei sistemi informativi regionali, nazionali e comunitari di gestione e monitoraggio degli eventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE).

La **base giuridica del trattamento** (ai sensi degli articoli 6 e 9 del Regolamento 2016/679/UE) è costituita dal I Reg. (UE) n. 1303/2013 e ss.mm.ii. e dal Reg. (UE) n. 1304/2013 e ss.mm.ii.

**Comunicazione dei dati.** I suoi dati personali potranno essere conosciuti esclusivamente dagli operatori della Regione Marche, autorizzati al trattamento, nonché dai beneficiari/attuatori individuati quali Responsabili del Trattamento. I dati forniti saranno messi a disposizione dell'Autorità di Certificazione e dell'Autorità di Audit per l'adempimento degli obblighi previsti dai Regolamenti europei. Potranno, inoltre, essere resi disponibili ai Servizi della Commissione Europea, alle Amministrazioni Centrali (*es. MEF-IGRUE, Anpal*) e alle altre Autorità di controllo (*es. Corte dei Conti, Guardia di Finanza*) per l'espletamento delle loro funzioni istituzionali. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

**Periodo di conservazione.** I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del Regolamento 2016/679/UE 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.

**Diritti.** Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opposti al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati. Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

\_\_\_\_\_

Luogo

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

Firma

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