



Unione europea



MODULO D'ISCRIZIONE PER CORSO FORMATIVO AUTORIZZATO

OPERATORE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE (ONICOTECNICO) N/QA II LIVELLO TE6.6 CODICE SIFORM 1007380

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Data dnascita _____ Luogo di Nascita _____ (____)

Residente a _____ Cap _____ in via _____

Domicilio in _____ Cap _____ in via _____

(se il domicilio è diverso dalla residenza)

Tel _____ Cell _____ e-mail _____

P. IVA (azienda) _____

Codice Fiscale _____

Cittadinanza: Italiana Estera _____ In Italia dal __ / __ / ____ (*)

(*) Indicare la data di ingresso nel Territorio Italiano

DICHIARA

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,

Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Di essere nella seguente condizione lavorativa:

In cerca di prima occupazione Inoccupato/a Studente

Occupato/a - professione _____

Disoccupato/a da _____

Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato dal lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)



Unione europea



Di iscriversi al corso per:

- Operatore della salute e del benessere (onicotecnico) N/QA II Livello ore 600, € 2.100,00 rateizzabili

Allega al presente:

- Curriculum vitae in formato europeo datato e firmato (scaricare il modello dal sito www.venusiasalute.it)
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (scaricare il modello dal sito www.venusiasalute.it)
- Fotocopia del documento d'identità (in corso di validità)
- Fotocopia del diploma ed eventuali attestati e/o qualifiche
- In caso di diploma straniero
- Dichiarazione di Valore (Equivalenza titolo di studio valido per lo Stato italiano)

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:
Persona con cittadinanza non italiana che risiede da almeno 12 mesi in Italia (o che si presume saranno almeno 12 mesi), o
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
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 | |
| <input type="checkbox"/> 13 | Altro tipo di vulnerabilità | Ad esempio, studenti con Bisogni Educativi Speciali, alcolisti/ex alcolisti, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali ecc. |
| <input type="checkbox"/> 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 e data

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



Unione europea



DATI PER EVENTUALE FATTURAZIONE:

Azienda _____

Partita IVA _____

Codice Fiscale: _____

Comune: _____ Prov. _____ CAP _____

Tel: _____ Codice Univoco Aziendale: _____

MODALITA' E CONDIZIONI:

L'attività formativa si svolgerà secondo il programma pubblicizzato ed eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti almeno 3 gg prima della data prevista.

Il presente modulo d'iscrizione dovrà essere inviato (debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte pena inaccettabilità dello stesso) alla segreteria dell'Accademia nei seguenti modi:

- E-mail: info@venusiasalute.it
- consegnarla manualmente alla segreteria dell'Accademia o spedirla con raccomandata, ove fa fede la data del timbro postale a: Venusia SRL, Via Conti, 42 – 63900 Fermo (FM)
- fax 0734/628068

Per eventuali chiarimenti in merito o/e appuntamenti chiamare i seguenti numeri: 0734/628068 – 333/7380376

L'iscrizione si intenderà confermata e definitiva solo se accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione prevista pari ad € 500,00 che dovrà pervenire a mezzo bonifico bancario alle seguenti coordinate:

CASSA DI RISPARMIO DI FERMO

IBAN: IT 43Z0615069454CC0270098126

Intestato a VENUSIA SRL, Via Conti, 42 – 63900 Fermo (FM)

Nella causale del bonifico andrà indicato: ISCRIZIONE CORSO OPERATORE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE (ONICOTECONICO) CODICE SIFORM 1007380 ed il nominativo della persona che si iscrive

L'attestazione del pagamento dovrà essere inviata insieme al modulo d'iscrizione, le iscrizioni per un massimo di 15 posti, saranno accettate sulla base dell'ordine di arrivo, pertanto le stesse si riterranno chiuse non appena raggiunto il limite massimo previsto, inoltre si potrà altresì prorogare il termine di scadenza per la presentazione delle iscrizioni qualora l'Ente lo ritenga opportuno. L'organizzazione si riserva di annullare il corso per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti, tale eventualità la quota sarà restituita. La quota di iscrizione comprende la consegna del materiale didattico sia cartaceo in formato elettronico, l'utilizzo della piattaforma FAD e le spese per gli esami; la quota non sarà restituita nel caso in cui dopo l'iscrizione e dopo l'avvenuto pagamento lo studente deciderà per motivi personali di non proseguire il corso, e non saranno restituite le quote versate qualora si ritirasse dal percorso in essere.

La Venusia SRL si riserva di comunicare con congruo anticipo la data di avvio corso, la sede di svolgimento ed il calendario delle lezioni.

Per accettazione:

Firma

Luogo e data _____

VENUSIA SRL Via G. Conti 42 - 63900 Fermo (FM)

☎ 0734/628068 - 333/7380376

P.IVA 01954020440 ✉ info@venusiasalute.it www.venusiasalute.it



Unione europea



Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali

L'iscrizione al corso prevede l'accettazione al trattamento dei dati in base al Regolamento (UE) 2016/2019. Il rifiuto al trattamento dei dati non permette l'iscrizione all'evento. Con la sottoscrizione della presente autorizzazione l'interessato fornisce il consenso utile all'espletamento delle attività di gestione e rendicontazione delle attività formative. In relazione ai Vostri dati personali potrete esercitare tutti i diritti previsti agli artt. 11-12 del Reg. (UE) 2016/2019, rivolgendovi direttamente a VENUSIA SRL "legale rappresentante" nella persona di Laura Di Marzio.

Luogo e data _____ Firma _____