DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'INTERVENTO

La/il sottoscritta/o_____ sesso M ☐ F ☐

cognome e nome della/del richiedente

nata/o a_____(provincia____) il giorno _____/_____/_____

Comune o Stato estero di nascita *sigla*

residente a _____ _____ (provincia_____)

Comune di residenza *CAP* *sigla*

via _____ n. _____

domiciliata/o a_____ _____(provincia_____)

se il domicilio è diverso dalla residenza *CAP* *sigla*

via _____ n. _____

codice fiscale _____

cittadinanza _____

telefono _____/_____ cellulare _____/_____

indirizzo di posta elettronica _____

posta elettronica certificata (PEC)_____

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,

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 (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)
☐ 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)

CHIEDE

di partecipare al seguente progetto:

Denominazione progetto: **Operatore Socio Sanitario (O.S.S)**
Soggetto attuatore: **COOSS MARCHE ONLUS Soc. Coop. p.a**.
Codice progetto: **1119443**

La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte.

_____ _____ _____

luogo ***data*** ***firma della/del richiedente***

Allegare:
- Copia, chiara e leggibile, del documento di identità del firmatario, ai sensi del DPR n. 445/2000
- Curriculum vitae
- Copia dei titoli conseguiti (diploma di scuola dell'obbligo o assolvimento dell'obbligo scolastico)
- Copia codice fiscale
- N. 2 fototessere
- Per gli stranieri: copia del permesso di soggiorno e dichiarazione di valore del titolo di studio

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(*ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR*)

Il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda sarà improntato ai principi previsti dal D.Lgs. 196/03 e dal GDPR. In particolare:

i dati forniti saranno trattati in maniera informatizzata e manuale per procedere ai necessari adempimenti e alle necessarie verifiche, in relazione allo specifico procedimento amministrativo al quale fanno riferimento. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre ai fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Gli stessi dati potranno confluire nei sistemi informativi regionali, nazionali e comunitari di gestione e monitoraggio degli interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE) ai sensi dei Reg. (UE) n. 1303/2013 e n. 1304/2013 e ss.mm.ii;

I. il titolare del trattamento è la Regione Marche – Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – Ancona;
II. il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Massimo Rocchi (Servizio, P.F. Istruzione e Diritto allo Studio Istruzione e Formazione Professionale). I dati di contatto del Responsabile del trattamento sono: tel.: 0731 8063233; email: massimo.rocchi@regione.marche.it; pec: regione.marche.pf_istruzione@emarche.it
III. il responsabile della protezione dei dati (DPO) è l'Avv. Paolo Costanzi, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona. I dati di contatto del DPO sono: telefono: 071-806.1; email: rpd@regione.marche.it; pec: regione.marche.rpd@emarche.it
IV. l'incaricato del trattamento dei dati è Massimo Rocchi, responsabile del procedimento relativo all'Avviso pubblico per la presentazione di progetti formativi approvato dalla Regione Marche con D.D.P.F. n. 229 del 20/03/2020, cui la presente domanda fa capo.

Oltre a quanto sopra indicato si assicura che tutti i trattamenti di dati saranno improntati ai principi previsti GDPR, con particolare riguardo alla liceità, correttezza e trasparenza dei trattamenti, all'utilizzo dei dati per finalità determinate, esplicite, legittime, in modo pertinente rispetto al trattamento, rispettando i principi di minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, responsabilizzazione (ex art. 5 del Regolamento).I dati saranno conservati, ai sensi dell'art.5, paragrafo 1, lett.e) del GDPR 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.

I soggetti cui si riferiscono i dati personali, nella loro qualità di interessati, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, godono altresì dei diritti di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del GDPR (per esempio possono chiedere al titolare del trattamento: l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi; la limitazione del trattamento che li riguarda; di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati e di proporre reclamo ai sensi dell'articolo 77 del GDPR, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma, Piazza di Montecitorio n. 121.)
Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra UE non è previsto e non viene effettuato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.

_____	_____	_____
luogo	data	firma

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

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

CONDIZIONI PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO OPERATORE SOCIO SANITARIO (COD. SIFORM 1119443)

1. DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di partecipazione alla selezione dovrà essere redatta in carta semplice utilizzando il modulo allegato (DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INTERVENTO).

Le domande dovranno essere intestate alla Cooss Marche Soc. Coop. per azioni, Sede di San Benedetto del Tronto - Via Piave, 60 - 63074 e presentate secondo le seguenti modalità:

a. Direttamente consegna a mano presso la sede di San Benedetto del Tronto - Via Piave, 60 - 63074 che ne rilascerà ricevuta;
b. A mezzo del servizio postale con Raccomandata AR all'indirizzo di alla Cooss Marche Soc. Coop. per azioni, Sede di San Benedetto del Tronto - Via Piave, 60 - 63074 con l'indicazione nella busta: "iscrizione Corso Oss codice 1119443 – SAN BENEDETTO DEL TRONTO";
c. invio per PEC all'indirizzo coossmarche@legalmail.it, indicando nell'oggetto: "iscrizione Corso Oss codice 1119443 - SAN BENEDETTO DEL TRONTO"

A pena di esclusione le domande dovranno essere sottoscritte dal candidato e dovranno pervenire **entro il 31-10-2026** (fa fede la data del timbro postale).
La Cooss Marche non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni che non dipenda dai propri uffici, né per eventuali disguidi postali.
Le dichiarazioni contenute nella domanda sono effettuate sotto la propria responsabilità.
Al momento della selezione sarà accertato il possesso di tutti i requisiti d'accesso dichiarati nella domanda e la veridicità delle dichiarazioni contenute nel curriculum vitae.
La Cooss Marche si riserva, comunque, la facoltà di effettuare tali verifiche e di adottare provvedimenti in merito.

2. PAGAMENTI

Il costo complessivo del corso è di € 2050,00 (duemilacinquanta/00 euro), esente IVA art. 10, con possibilità di pagamento rateizzato; la modalità di versamento delle rate sarà specificata in un contratto che l'allievo sottoscriverà con la Cooss Marche al momento dell'avvio del corso.

3. RECESSO

In ottemperanza a quanto disposto dal D.lgs. n.185 del 22/05/1999, il richiedente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di 10 (dieci) giorni lavorativi dalla firma del contratto. Tale diritto potrà essere esercitato con l'invio, entro il termine previsto, di una comunicazione scritta indirizzata a Cooss Marche Soc. Coop. per azioni, Via Saffi, 4 – 60121 – Ancona - AN, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. La comunicazione può essere inviata anche tramite pec (coossmarche@legalmail.it).

4. MANCATA O PARZIALE PARTECIPAZIONE

Fatte salve le clausole riportate ai punti 1 (domanda di ammissione) - 3 (recesso), Cooss Marche assume la facoltà, nel caso di mancata o parziale partecipazione al Corso da parte dei partecipanti di richiedere l'integrale pagamento del corrispettivo previsto anche attraverso la riscossione coatta del dovuto.

5. ATTESTATI

Il rilascio dell'attestato finale di partecipazione al Corso, se previsto, è subordinato al completamento dell'intero programma formativo previsto nel piano didattico d'aula e di stage come da programma e bando che il partecipante con la sottoscrizione del contratto dichiara di conoscere per averne preso diretta visione e di aver sottoscritto anche per accettazione.

6. QUALITA'

Il candidato ammesso al corso dovrà dichiarare di essere a conoscenza che la Cooss Marche ha definito, documentato ed attuato un sistema di gestione per la qualità, rispondente ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2000 (che provvede a mantenere aggiornato e a migliorare con continuità) e dovrà impegnarsi a rispettare i requisiti definiti dal Sistema di gestione qualità. Dovrà impegnarsi altresì a rispettare quanto previsto dal Modello organizzativo, procedure e strumenti di gestione dell'agenzia formativa COOSS Marche.

7. PRIVACY

Ai sensi della Legge 196/'03 il partecipante dovrà autorizzare il trattamento dei dati per le finalità funzionali allo svolgimento delle attività di corso e comunque connesse alla fruizione dei relativi servizi.

Luogo _____ data _____/_____/_____ firma_____