INSIEME SI PUÒ
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE - ONLUS

Organismo di Formazione accreditato dalla Regione del Veneto

Corso a Qualifica per
OPERATORE SOCIO SANITARIO
Anno formativo 2025

DOMANDA DI ISCRIZIONE

COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

Il/La sottoscritto/a

COGNOME..... **NOME** ..... **M.** ☐ **F.** ☐

chiede di essere iscritto ai prossimi Corsi per **Operatore Socio Sanitario** autorizzati dalla Regione Veneto in applicazione alla D.G.R. n. 811 del 05/07/2022. A tal fine:

D I C H I A R A

1) di essere nato/a a ..... il .....
e avere il seguente Codice fiscale: .....

2) ☐ di possedere la Cittadinanza italiana **/** ☐ di essere cittadino (indicare la Nazionalità).....

3) ☐ di essere in possesso del titolo di studio di .....
rilasciato da ..... il.....

4) ☐ di essere idoneo/a fisicamente allo svolgimento del corso e dei relativi tirocini e di essere disponibile a eventuali accertamenti medico-sanitari ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di assunzione di personale operante nelle unità di degenza del S.S.N.;

5) di abitare in Via..... n°.....

C.A.P..... Città ..... (Prov.....)

Telefono ..... Cellulare ..... E-mail.....

Il sottoscritto formula la presente domanda di iscrizione, in via preferenziale, per la **sede** di *(indicare una sede tra quelle proposte):*

☐ **TREVISO** **Mattino 09:00-13:00**	☐ **CONEGLIANO** **Pomeriggio 14:30-18:30**

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

All'interno del presente modulo è possibile indicare le esperienze di studio e/o le attività lavorative e/o di volontariato maturate e in corso, sia in ambito socio-sanitario che non, specificando il periodo di svolgimento.

1. FORMAZIONE E ISTRUZIONE

TITOLO DI STUDIO O ATTESTATO PROFESSIONALE	CONSEGUITO NELL'ANNO	PRESSO L'ISTITUTO/ENTE

ALTRI CORSI FREQUENTATI ……

……

2. ESPERIENZE PROFESSIONALI PRECEDENTI

<u>IN AMBITO SOCIO-SANITARIO</u> (importante compilare al fine di eventuali riconoscimenti):

SETTORE-AZIENDA- ENTE-DATORE DI LAVORO	*PERIODO*	*MANSIONE SVOLTA*	*CONDIZIONE <u>solo</u> lavoro Dipendente*

<u>IN ALTRO AMBITO</u>:

SETTORE-AZIENDA- ENTE-DATORE DI LAVORO	*PERIODO*	*MANSIONE SVOLTA*	*CONDIZIONE Dipendente- Volontario- Socio di Cooperativa - Altro*

3. SITUAZIONE OCCUPAZIONALE ATTUALE: ☐ Occupato ☐ Disoccupato ☐ Inoccupato

Per gli occupati:

In quale azienda/ ente lavora?……

Sede: …… Mansione svolta: ……...

Orario di lavoro: …… Anzianità di servizio: ……

Il/La sottoscritto/a , consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nella seguente scheda redatta ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, N.445, sono vere.

Data:_____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELLA DISCIPLINA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente,
la presente Informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Finalità e base giuridica del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

- eseguire obblighi derivanti da un contratto oppure rispondere, prima e dopo l'esecuzione del contratto, a Sue specifiche richieste;
- adempiere ad obblighi di legge di natura amministrativa, contabile, civilistica, fiscale, regolamenti, normative comunitarie e/o extracomunitarie;
- gestire l'eventuale contenzioso;

Il trattamento, necessario per il perseguimento delle suddette finalità, è improntato sui principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Periodo di conservazione dei dati

I Suoi Dati personali verranno conservati anche dopo la cessazione del contratto per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dal contratto per il periodo di durata prescritto dalle leggi tempo per tempo vigenti e secondo il termine di prescrizione dei diritti scaturenti dal contratto stesso.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze in caso di rifiuto

Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per la Società di dare esecuzione al contratto o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti correlati.

Categorie dei destinatari

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- istituti di credito;
- professionisti o società di servizi che operino per conto della nostra Società;
- Enti Pubblici e privati, anche a seguito di ispezioni e verifiche.

Tali destinatari, ove dovessero trattare dati per conto della nostra Società, saranno designati come responsabili del trattamento, con apposito contratto od altro atto giuridico.

Trasferimento dati verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

Diritti degli interessati

Lei ha il diritto (v. artt. 15 -22 del GDPR) di chiedere alla ns. Società di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, oppure di opporsi al loro trattamento per legittimi interessi perseguiti dalla ns. Società, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Lei ha anche il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali.

Soggetti del trattamento

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è **INSIEME SI PUÒ SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS**, contattabile come tale all'indirizzo info@insiemesipuo.eu.

Responsabile della protezione dei dati/data protectionofficer

Il responsabile della protezione dei dati/data protection officer (RPD/DPO) è contattabile all'indirizzo **PRIVACY@INSIEMESIPUO.EU**.

Per presa visione dell'informativa sopra riportata, **data e firma** _____

Il candidato, al fine di completare la presente Domanda di iscrizione, allega la seguente documentazione:

☐ a) 1 **fototessera recente**;
☐ b) fotocopia del **codice fiscale**;
☐ c) fotocopia del **documento di identità** - (*se non italiano ma comunitario* anche **certificato di residenza**), (*se non comunitario*, anche fotocopia del **permesso di soggiorno**) - ;
☐ d) fotocopia del **titolo di studio** (*se straniero* con Traduzione ufficiale giurata in lingua italiana + Dichiarazione di Valore o Attestato di comparabilità CIMEA;
☐ e) fotocopia della **certificazione linguistica di almeno livello B1** rilasciata da uno degli Enti certificatori, o copia dell'attestato di superamento della prova di lingua rilasciata dalla Regione del Veneto svoltasi nel 2009 *(solo se non italiano e non in possesso di un titolo di studio italiano);*
☐ f) fotocopia della **ricevuta di pagamento di € 5,00** per le spese amministrative legate alle selezioni. Il pagamento della quota di 5,00 euro può avvenire tramite bollettino postale o bonifico bancario

BOLLETTINO POSTALE Conto Corrente Postale n. 12631305; intestato a INSIEME SI PUÒ SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE;
BONIFICO BANCARIO intestato a INSIEME SI PUÒ SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE - UNICREDIT - Filiale Ospedale, Treviso - IBAN: IT 92 R 02008 12015 000005387090

- **NON SARANNO ACCETTATE DOMANDE INCOMPLETE DEI DOCUMENTI PREVISTI -**

Il/La sottoscritto/a , consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nella seguente scheda redatta ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, N.445, sono vere.

Data ..... Firma .....