



Anno .....

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore	Ammesso inizio <input type="checkbox"/> 1.	Non ammesso inizio <input type="checkbox"/> 2.	Ammesso dopo l'inizio <input type="checkbox"/> 3.
TITOLO DELL'INTERVENTO.....			MATRICOLA
ENTE ATTUATORE.....			

...l... sottoscritto/a..... nato/a il | | | | | | | | | |  
giorno mese anno

.....(.....) Stato..... codice fiscale | | | | | | | | | |  
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

### DICHIARA

- di essere di sesso  M  F – di avere cittadinanza: .....

di risiedere in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P.....  
provincia .....telefono | | | | | / | | | | | | | | | | cellulare | | | | | / | | | | | | | | | | e-mail.....  
prefisso numero

(se la residenza è diversa dal domicilio)

di essere domiciliato in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P.....  
provincia .....telefono | | | | | / | | | | | | | | | |  
prefisso numero

#### di far parte del seguente gruppo vulnerabile

01. Persone disabili  
 02. Migranti e i partecipanti di origine straniera  
 03. Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)  
 04. Altro tipo di vulnerabilità / le altre persone svantaggiate (persone inquadrate nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore), tossicodipendenti / ex tossicodipendenti, detenuti / ex-detenuti, vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento)  
 05. Senza dimora e colpito da esclusione abitativa  
 06. Nessuna tipologia di vulnerabilità

#### - di essere in possesso del titolo di studio di:

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 (iefpi), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)  
 04. Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università  
 05. Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)  
 06. Diploma di tecnico superiore (ITS)  
 07. Laurea di I 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. Titolo di dottore di ricerca  
 00. Nessun titolo

#### - di avere frequentato e interrotto senza conseguire il titolo di studio, la scuola e la classe sotto indicate:

- scuola media inferiore  1.  2.  3.  
- scuola media superiore  1.  2.  3.  4.  5.

- università  1.  2.  3.  4.  5.  6.

#### - di essere iscritto al Centro per l'impiego

di .....  SI  NO dal | | | | | | | | | |  
giorno mese anno

#### - di essere nella seguente condizione occupazionale:

1. OCCUPATO (anche chi ha occupazione saltuaria/atipica e chi è in C. I. G. ordinaria o assegno ordinario FIS, FSBA o altri fondi)  
compilare la sezione "A"

2. DISOCUPPATO (chi ha perso il lavoro, chi non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro, chi ha cessato un contratto a tempo determinato, chi è in C.I.G. straordinaria o assegno di solidarietà FIS, FSBA o altri fondi)  
compilare la sezione "B"

3. STUDENTE (chi frequenta un corso regolare di studi)

4. INATTIVO DIVERSO DA STUDENTE (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio civile, in altra condizione)

### SEZIONE "A" – OCCUPATO

#### Di essere occupato presso l'impresa o ente:

Tipologia impresa:  1. Privata  2. Pubblica  3. P.A.

Classe Dimensionale:  1. 1-9  2. 10 - 49  3. 50 - 249  4. 250 - 499  5. Oltre 500

Settore economico.....

denominazione.....

via/piazza..... numero civico | | | |

località..... comune..... provincia.....

numero di telefono | | | | | / | | | | | | | | | |

#### - di essere nella seguente condizione rispetto a:

#### RAPPORTO DI LAVORO

01. Contratto a tempo indeterminato

02. Contratto a tempo determinato

03. Contratto di apprendistato

04. Contratto di somministrazione, a chiamata, interinale

05. Lavoro accessorio (voucher) – lavoro occasionale  
 06. Co.co.co/co.co.pro (fino al 31.12.2015 salvo casi previsti da Legge)  
 07. Lavoro a domicilio  
 08. Autonomo  
 09. Altro tipo di contratto

POSIZIONE PROFESSIONALE

*Lavoro dipendente*

1. dirigente  
 2. direttivo - quadro  
 3. impiegato o intermedio  
 4. operaio, subalterno e assimilati

*Lavoro autonomo*

7. imprenditore  
 8. libero professionista  
 9. lavoratore in proprio  
 10. socio di cooperativa  
 11. coadiuvante familiare

**SEZIONE “B” – DISOCCUPATO**

**di cercare lavoro  
o essere disoccupato:**

1. da meno di 6 mesi     2. da 6 a 11 mesi  
 3. da 12 a 24 mesi     4. da oltre 24 mesi

...I...sottoscritt.. dichiara infine di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto o, in caso di soprannumero, di essere oggetto di una selezione. – **allegati n.                    come richiesto dal bando di ammissione.**

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

DATA.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

## **Informativa della Regione Toscana agli interessati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”**

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze); [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)).
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
3. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
4. I Suoi dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici del Responsabile del procedimento \_\_\_\_\_ (indicare il nome del Settore) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
5. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati . I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati sono i seguenti: [urp\\_dpo@regione.toscana.it](mailto:urp_dpo@regione.toscana.it).
6. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....

**FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER OPERATORI ADDETTI ALLA PRODUZIONE/SOMMINISTRAZIONE  
DI ALIMENTI SENZA GLUTINE IN IMPRESE ALIMENTARI DI RISCHIO MEDIO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Parte 2** (solo per allievi provenienti da cooperative)

Cooperativa di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Impegni nel settore \_\_\_\_\_

...I...sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione del corso e al raggiungimento del numero di allievi previsto o, in caso di soprannumero, di poter essere eventualmente oggetto di una selezione.

Confermo di aver preso visione che il corso si svolgerà in parte con modalità a distanza e che per frequentarlo sarà necessario disporre di connessione a internet.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – UE 2016/679, del D.Lgs 196/03 così come modificato dal D.Lgs 101/18.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

QUOTA D'ISCRIZIONE: € 85,00 (IVA esente art. 10 del DPR 633/72)

**La quota d'iscrizione comprende:**

la frequenza al corso in modalità FAD (formazione a distanza) e in presenza, il materiale didattico (slide-approfondimenti) e il rilascio dell'attestato. Il pagamento della quota, a cui è subordinata la partecipazione ai corsi, dovrà essere versata insieme all'invio della presente scheda d'iscrizione secondo la seguente modalità di pagamento:

Bonifico bancario da effettuarsi sul conto corrente presso BANCO BPM Capannori  
codice IBAN: IT04Q0503424723000000004330

Il corso verrà attivato con un minimo di N. 7 partecipanti. In caso di non raggiungimento del numero indicato, il corso verrà posticipato o le quote di iscrizione verranno rimborsate.

Dati fiscali per l'emissione della fattura  
(compilazione obbligatoria)

Intestare fattura a: \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ P.IVA./C. F. \_\_\_\_\_ Cod.Univoco \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI RECESSO:**

L'allievo potrà recedere dal contratto solo tramite comunicazione scritta a SOECOFORMA entro 5 giorni dalla sottoscrizione nel caso in cui il corso non sia ancora iniziato o al massimo 3 giorni prima dell'avvio del corso. Nel caso in cui l'allievo non dia comunicazione del recesso, o di parziale frequenza, l'allievo sarà ugualmente tenuto a corrispondere la quota di iscrizione per intero. Nel caso di revoca del riconoscimento da parte dell'UTR il partecipante al corso può recedere dal contratto e ottenere la restituzione della somma versata (DGR 1580/2019). **La penale per il recesso non è dovuta da parte dell'utente se l'organismo formativo è in difetto.**

*Per conferma dell'adesione e accettazione delle sue modalità organizzative:*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_