

Modulo di iscrizione

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____ provincia _____
Codice Fiscale _____
Via _____ n° _____ CAP _____ Tel _____
e-mail _____
altri recapiti _____

dopo aver preso visione delle Linee Guida per il Corso di Specializzazione per Operatore Sociale per le Dipendenze e del relativo programma

CHIEDE

Di essere iscritto al Corso che si terrà presso la **Chiesa Inferiore di San Giovanni di Prè**, Piazza della Commenda 1, **Genova il 29 e il 30 giugno** come da programma.

A TAL FINE E SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA

di voler a partecipare al suddetto corso per le seguenti motivazioni:

Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (indicare titoli di studio e qualifiche in proprio possesso e corsi di qualificazione o specializzazione che interessino le tematiche di interesse)

Di conoscere le seguenti lingue straniere:

Di aver svolto i seguenti corsi di formazione C.R.I. ed essere in possesso dei requisiti per la partecipazione evidenziati nelle linee guida

Di avere svolto le seguenti esperienze professionali o di volontariato (in C.R.I o presso altre associazioni) inerenti le tematiche oggetto del corso

Di essere a conoscenza che la frequenza al corso è obbligatoria per poter avere accesso alla valutazione finale e che il conseguimento della qualifica è subordinato al superamento con profitto del successivo tirocinio

Di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Comitato Regionale di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo, per permettere l'aggiornamento dell'Albo di qualifica

Che ogni ed relativa comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Data, _____

Firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ autorizza l'Associazione della Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Regolamento UE 679/2016) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Data, _____

Firma

Visto per presa visione Presidente del Comitato di appartenenza

Nome e Cognome _____

Firma
