

CORSO PER OPERATORE SOCIALE GENERICO - IMPERIA MODULO ISCRIZIONE

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Provincia _____

Via _____ n° ____ CAP _____

Tel _____ e-mail _____

dopo aver preso visione delle Linee Guida per il Corso di I livello per Operatore Sociale Generico e del relativo programma

CHIEDE

di essere iscritto al Corso regionale che si terrà presso Il **Comitato di Imperia** nel periodo **15 e 16 giugno e 6 e 7 luglio 2019**

A TAL FINE E SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA

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

di avere i 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.: - - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -

di avere svolto le seguenti esperienze professionali o di volontariato (in C.R.I o presso altre associazioni) inerenti le tematiche del sociale: - - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -

- 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; D
- di impegnarsi a comunicare, alla segreteria del Comitato Regionale di appartenenza, ogni variazione riguardante le notizie fornite nel presente modulo, per permettere l'aggiornamento dell'Albo degli OO.SS.GG;
- di allegare il modulo "liberatoria Privacy" e di consentire la pubblicazione della propria e-mail agli albi ed elenchi OO.SS.GG del Comitato Regionale.

Segnalare eventuali allergie alimentari: - - - - -
- - - - -
- - - - -
- - - - -

Data, _____ Firma _____

Termine iscrizioni entro il **12.06.2019** – Inviare, dopo la firma del Presidente del Comitato di appartenenza alla casella mail: sociale@liguria.cri.it

Visto per presa visione Presidente del Comitato di appartenenza:
Comitato di: _____ Provincia _____
Nome e Cognome del Presidente/Commissario _____
Firma _____



CORSO PER OPERATORE SOCIALE GENERICO MODULO DI ISCRIZIONE

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale: _____

AUTORIZZA l'Associazione della Croce Rossa Italiana, Comitato Regionale Liguria, al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni di legge sulla privacy (Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, Regolamento Europeo GDPR) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Luogo e data , _____

Firma ___/___/_____