

**PROGETTO ALCOTRA 2014-2020 PITER “GRAIES LAB” PROGETTO “SOCIALAB”**

**Attività 4.1 - Corso di formazione per operatori sociali di comunità**

**AVVISO DI SELEZIONE AL CORSO PER “OPERATORE/TRICE SOCIALE DI COMUNITÀ”**

**MODULO DI ISCRIZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE**

Sede del corso POLO FORMATIVO UNIVERSITARIO Officina H – IVREA

II/La sottoscritto/a

<b>NOME</b> Indicare tutti i nomi 1° - 2° ecc.			
<b>COGNOME</b>			
<b>NATA/O IL</b>			
<b>NEL COMUNE DI</b>			
<b>PROVINCIA</b>			
<b>NAZIONALITÀ</b>			
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>RESIDENTE NEL COMUNE DI</b>			
<b>C.A.P.</b>		<b>PROVINCIA</b>	
<b>INDIRIZZO COMPLETO</b>			
<b>CELLULARE</b>			
<b>E-MAIL</b>			
<b>DOMICILIO</b> Indicare solo se diverso dalla residenza		<b>Comune:</b>	
		<b>Provincia:</b>	
		<b>Indirizzo completo:</b>	

Pagina 1 di 3

**Chiede di poter partecipare alla procedura di selezione per il corso denominato**  
**“OPERATORE/TRICE SOCIALE DI COMUNITÀ”**  
**che sarà erogato da Asl TO4**  
**in collaborazione con il Polo formativo Universitario Officina H di Ivrea**

Inoltre, il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, di cui all'art. 76 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio (indicare il titolo di studio utile al fine della valutazione)

<b>TITOLO</b>	
<b>ANNO CONSEGUIMENTO TITOLO</b>	
<b>PRESSO</b> Inserire il nome dell'Istituto	

- di essere attualmente nella seguente condizione:

<input type="checkbox"/>	<b>INOCCUPATO / DISOCCUPATO</b>	Dal ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<b>OCCUPATO A TEMPO INDETERMINATO E PIENO</b> Ragione Sociale impresa: Sede/Comune/Provincia: Indirizzo: Ruolo:	Dal ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<b>OCCUPATO A TEMPO DETERMINATO e/o PART-TIME</b> Ragione Sociale d'impresa: Sede/Comune/Provincia: Indirizzo: Ruolo:	Dal ____/____/____

- di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione avvenga in merito a quanto sopra indicato, esonerando nel contempo l'Asl TO4 da ogni responsabilità in merito.

Pagina 2 di 3

## INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 DECRETO LEGISLATIVO 196/2003

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto Legislativo n. 196/2003, ex art 13 Reg. Eu. 2016/679 l'ASL TO4, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, La informa che i dati oggetto di trattamento sono i dati anagrafici e le immagini (fotografie e video). I dati da Lei forniti verranno utilizzati per finalità di gestione amministrativa e per adempiere agli obblighi di legge. I dati verranno trattati con modalità cartacee e informatizzate; i dati non saranno oggetto di alcuna diffusione al di fuori degli ambiti e delle finalità più sopra descritte. Le ricordiamo che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003 contattando il Titolare del trattamento scrivendo all'indirizzo e-mail: [infermieristicaivrea@unito.it](mailto:infermieristicaivrea@unito.it) Il trattamento della sua immagine (foto e video) avviene per agevolare il riconoscimento durante le tutte le attività correlate all'attività formativa. I Suoi dati anagrafici possono essere comunicati a enti con i quali l'ASL TO4 intraprende attività complementari al progetto formativo (es: stage), Regione, Città metropolitana e ad altri Enti coinvolti nel progetto formativo, Inail e a ogni altro soggetto richiesto dalla Legge. La Sua immagine non viene comunicata a soggetti terzi né è oggetto di diffusione. I suoi dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguitamento delle finalità sopra descritte e in ogni caso per un tempo non superiore a 10 anni come da Legge Regionale. Per quanto riguarda le immagini (foto, video) saranno conservate fino al conseguimento delle finalità indicate ma non oltre 5 anni. Con riferimento all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 e dagli artt. 12 a 21 del Reg Eu potrà esercitare i seguenti diritti: di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, portabilità, opposizione; l'interessato esercita i suoi diritti scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo e-mail [infermieristicaivrea@unito.it](mailto:infermieristicaivrea@unito.it) specificando l'oggetto della sua richiesta, il diritto che intende esercitare e allegando fotocopia di un documento di identità che attesti la legittimità della richiesta.

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

- Autorizzo il trattamento dei miei dati personali  
 Presto il consenso     Nego il consenso

Alla diffusione dell'immagine (foto, video) tramite sito istituzionale e social network

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma per esteso del dichiarante

N.B. ALLEGARE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE ANCHE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA DALL'AVVISO DI SELEZIONE:

- FOTOCOPIA del Documento di identità personale (rilasciato in Italia).
- FOTOCOPIA del Codice Fiscale (rilasciato in Italia).
- FOTOCOPIA del titolo di studio richiesto come prerequisito di accesso.
- FOTOCOPIA del permesso di soggiorno, in corso di validità, o copia della ricevuta della domanda di rilascio/rinnovo dello stesso (solo per destinatari non facenti parte dell'Unione Europea).
- CURRICULUM VITAE aggiornato e in formato Europass, completo di data e firma.

Pagina 3 di 3