



## 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 COMUNITA'"**

**MODULO DI ISCRIZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE**

Sede del corso POLO FORMATIVO UNIVERSITARIO Officina H – IVREA

Il/La sottoscritto/a

|                                                              |  |                            |  |
|--------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| <b>NOME</b><br>Indicare tutti i nomi 1° - 2° ecc.            |  |                            |  |
| <b>COGNOME</b>                                               |  |                            |  |
| <b>NATA/O IL</b>                                             |  |                            |  |
| <b>NEL COMUNE DI</b>                                         |  |                            |  |
| <b>PROVINCIA</b>                                             |  |                            |  |
| <b>NAZIONALITA'</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><br>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 veritiere 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><br>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><br>Ragione Sociale impresa:<br>Sede/Comune/Provincia:<br>Indirizzo:<br>Ruolo:       | Dal ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | <b>OCCUPATO A TEMPO DETERMINATO e/o PART-TIME</b><br>Ragione Sociale d'impresa:<br>Sede/Comune/Provincia:<br>Indirizzo:<br>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 (foto 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 perseguimento 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 sottoscritto/a \_\_\_\_\_

☐ 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

