



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E  
SICUREZZA SOCIALE



## Modulo di iscrizione corsi autofinanziati

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO DI FORMAZIONE AUTOFINANZIATO:

- |                          |                                        |                  |
|--------------------------|----------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ESTETISTA – SPECIALIZZAZIONE (600 ORE) | SEDE DI CAGLIARI |
| <input type="checkbox"/> | ESTETISTA – SPECIALIZZAZIONE (300 ORE) | SEDE DI CAGLIARI |
| <input type="checkbox"/> | ESTETISTA – SPECIALIZZAZIONE (600 ORE) | SEDE DI SANLURI  |
| <input type="checkbox"/> | ESTETISTA – SPECIALIZZAZIONE (300 ORE) | SEDE DI SANLURI  |

Ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 N. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA QUANTO SEGUE:

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

Conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Allegati obbligatori:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità.
  - Copia dell'Attestato di qualifica di Estetista, rilasciato dalle REGIONI o dalle PROVINCE AUTONOME.
- Per chi richiede l'iscrizione al corso di 300 ore:
- o Copia dell'Attestazione/Certificazione di qualifica conseguita a conclusione di un rapporto di Apprendistato e dell' anno di attività lavorativa qualificata in qualità di dipendente a tempo pieno presso un Centro estetico o equivalente;
  - o Certificazione del periodo, non inferiore a tre anni, di attività lavorativa qualificata, a tempo pieno, in qualità di dipendente o collaboratore familiare, presso una impresa di estetista. Il periodo di attività deve essere svolto nel corso del quinquennio antecedente l'iscrizione al corso di 300 ore (Legge 1 del 4 Gennaio 1990 – art. 3 punto c).
- Fotocopia del bonifico bancario di € 100 (cento/00) per l'iscrizione.

Data

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centro Italiano Opere Femminili Salesiane - Formazione Professionale Sardegna  
Off. Amm.vi: Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari - Tel: 070/4525627 - Fax: 070/4526620 - e-mail: info@ciofspsardegna.it  
Sede Legale: Via Castello, 29 - 09025 Sanluri - Tel: 070/9351006/007 - Fax: 070/9301861 - C.F. e P.I. 00516110921  
e-mail: ciofs@pec.ciofspsardegna.it - Sito web: www.ciofspsardegna.it

Sistema Gestione Qualità Certificato



ISO 9001 LRC 6012913/QMS/A/IT  
ISO 29990 LRC 0190674/FNF/IT



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE



## Regolamento iscrizione corsi autofinanziati

### 1. Condizioni generali

Le presenti Condizioni Generali sono relative alla fornitura da parte dell'Agenzia Formativa CIOFS/FP SARDEGNA di attività di formazione professionale totalmente autofinanziata a quanti sottoscriveranno il presente modulo di iscrizione.

L'avvio del corso è subordinato al raggiungimento del **numero minimo di 15 iscrizioni previsto**. I posti vengono assegnati in base all'ordine di conferma della propria partecipazione. L'accettazione della presente scheda non vincola l'Agenzia Formativa CIOFS/FP SARDEGNA a realizzare effettivamente il corso. È **obbligatoria la sottoscrizione dell'informativa e del consenso dell'interessato al trattamento ed alla comunicazione e diffusione di dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03, che è parte integrante della presente scheda.**

### 2. Perfezionamento dell'iscrizione

L'iscrizione si intende perfezionata al ricevimento del presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, corredato della copia della ricevuta della **quota di iscrizione, pari a € 100,00.**

Il modulo di iscrizione, compilato in ogni sua parte, deve essere **consegnato a mano o spedito tramite raccomandata A/R alla sede corsuale richiesta**: CIOFS/FP Sardegna, Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari (CA) oppure CIOFS/FP Sardegna, Via Castello, 29 - 09025 Sanluri (VS).

È **indispensabile allegare al presente modulo un documento di identità.**

L'avvio del corso è subordinato al raggiungimento del numero minimo di 15 iscrizioni. I posti vengono assegnati in base all'ordine di conferma della propria partecipazione. L'accettazione della presente scheda non vincola l'Agenzia Formativa CIOFS/FP SARDEGNA a realizzare effettivamente il corso.

### 3. Recesso

È possibile recedere entro 10 giorni dalla sottoscrizione della presente iscrizione, dandone comunicazione via e-mail, seguita da lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla sede corsuale. In questo caso, si ha diritto al rimborso della quota di iscrizione. Nel caso in cui, **dopo l'avvio del corso, si interrompa la frequenza** per cause non attribuibili all'Agenzia Formativa, l'iscritto **non ha diritto al rimborso** del corrispettivo individuale versato per la partecipazione al corso.

### 4. Sede

Il corso si terrà presso le sedi accreditate del CIOFS/FP Sardegna: CAGLIARI, Via XXVIII Febbraio, 21 e SANLURI, Via Castello, 29.

### 5. Calendario

L'iscritto si impegna a rispettare il calendario concordato con l'Agenzia Formativa prima dell'avvio del corso.

### 6. Materiali ed Attrezzature

I partecipanti avranno diritto a: testo/dispense, divisa completa, calzatura professionale e set individuale professionale necessari per lo svolgimento dell'attività formativa. I partecipanti avranno, inoltre, a disposizione i materiali e le attrezzature delle aule e dei laboratori del CIOFS/FP Sardegna; saranno tenuti ad utilizzare i materiali e le attrezzature con la massima cura e diligenza e saranno personalmente responsabili per i danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature e a quant'altro presente nelle aule didattiche del CIOFS/FP Sardegna.

### 7. Rilascio Attestazioni

Il rilascio dell'Attestato di Specializzazione di "Estetista", secondo quanto previsto dalla normativa della Regione Autonoma della Sardegna, sarà subordinato al superamento dell'esame finale al quale si accederà garantendo la **percentuale di frequenza obbligatoria (80% del monte ore corso e di ciascun modulo formativo)** per la validità dell'intervento formativo, come prescritto nel Vademecum per l'Operatore 4.0 della Regione Autonoma della Sardegna.

### 8. Pagamenti e fatturazione

La quota di partecipazione del corso ammonta a **€ 2.965,00 (duemilanovecentosessantacinque/00)** per il corso da 600 ore, **€ 1.490,00 (millequattrocentonovanta/00)** per il corso da 300 ore. **Nella quota di partecipazione sono compresi: testo/dispense, divisa completa, calzatura professionale e set individuale professionale.**

Il pagamento del corrispettivo per la fornitura del corso deve rispettare le seguenti modalità:

- € 100,00 quota di iscrizione, **all'atto della presentazione della domanda di partecipazione;**
- € 1.400,00 (corso 600 ore) – € 700,00 (corso 300 ore) **al momento della comunicazione da parte dell'Agenzia Formativa del completamento del gruppo-corso e dell'avvio corso;**
- € 765,00 (corso 600 ore) – € 350,00 (corso 300 ore) **allo svolgimento del 50% delle ore del corso;**
- € 700,00 (corso 600 ore) – € 340,00 (corso 300 ore) **entro la conclusione del corso.**

Il pagamento delle quote previste deve essere effettuato, esclusivamente, tramite **bonifico bancario** a favore di:

**CENTRO ITALIANO OPERE FEMMINILI SALESIANE**

|                             |                                        |                 |                                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Banca:</b>               | <b>BANCA NAZIONALE DEL LAVORO</b>      | <b>Filiale:</b> | <b>VIA CARLO FELICE N. 11 - CAGLIARI</b>               |
| <b>Coordinate bancarie:</b> | <b>IBAN IT12F010050480000000101651</b> | <b>Causale:</b> | <b>Titolo del corso ed nominativo del partecipante</b> |

**LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE POTRÀ ESSERE RATEIZZABILE CON FINANZIAMENTO SINO A TASSO ZERO DA DEFINIRE CON LA FINANZIARIA CONVENZIONATA.**

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso per presa visione e accettazione \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

- a) Titolare del trattamento è il CIOFS/FP Sardegna, Via XXVIII Febbraio, 21, 09131 Cagliari (CA).
- b) Con la firma apposta sulla presente si manifesta il proprio consenso ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.
- c) Con la firma apposta sulla presente dichiara, inoltre, di prestare il proprio consenso, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, affinché il personale del CIOFS/FP Sardegna espressamente autorizzato (quali ad esempio Direttrice, Addetti alla segreteria tecnica e amministrativa) possa avere accesso ai dati relativi alla valutazione nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per il rispetto degli obblighi relativi al percorso formativo.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del/della sottoscritto/a.

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (leggibile) \_\_\_\_\_

**Centro Italiano Opere Femminili Salesiane - Formazione Professionale Sardegna**

Off. Amm.vi: Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari - Tel: 070/4525627 - Fax: 070/4526620 - e-mail: info@ciofsfpsardegna.it

Sede Legale: Via Castello, 29 - 09025 Sanluri - Tel: 070/9351006/007 - Fax: 070/9301861 - C.F. e P.I. 00516110921

e-mail: ciofs@pec.ciofsfpsardegna.it - Sito web: www.ciofsfpsardegna.it

Sistema Gestione Qualità Certificato



ISO 9001 LRC 6012913/QMS/A/IT  
ISO 29990 LRC 0190674/FNF/IT