Modulo di iscrizione corsi autofinanziati

(Candidati minorenni)

Il/La sottoscritto/a (*genitore/tutore*) _____ **CHIEDE**

L'ISCRIZIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A - MINORE AFFIDATO _____

AL CORSO DI FORMAZIONE AUTOFINANZIATO:

☐	**Modulo 1: Basi del Trucco (4 ORE)**	CAGLIARI, via XXVIII Febbraio, 21
☐	**Modulo 2: Trucco Giorno (4 ORE)**	CAGLIARI, via XXVIII Febbraio, 21
☐	**Modulo 3: Trucco Sera (4 ORE)**	CAGLIARI, via XXVIII Febbraio, 21

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

A TAL FINE DICHIARA QUANTO SEGUE:

DATI GENITORE/TUTORE

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita ____/____/_____ Luogo di residenza _____ Prov. _____

Via _____ n._____ CAP_____

Telefono Abitazione _____ Telefono Cellulare _____ Mail _____

DATI PROPRIO/A FIGLIO/A - MINORE AFFIDATO

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita ____/____/_____ Luogo di residenza _____ Prov. _____

Via _____ n._____ CAP_____

Telefono Abitazione _____ Telefono Cellulare _____ Mail _____

Allegati obbligatori:

1. **Copia Documento di Identità in corso di validità leggibile in tutte le sue parti/Codice Fiscale del genitore/tutore.**
2. **Copia Documento di Identità in corso di validità leggibile in tutte le sue parti/Codice Fiscale (o tesserino sanitario) del/la candidato/a.**
3. **Fotocopia Ricevuta bonifico bancario della quota di partecipazione.**

Firma per esteso (leggibile) Genitore/Tutore _____

Firma per esteso (leggibile) Candidato/a _____

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 Genitore/Tutore (leggibile)** _____

Regolamento partecipazione 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 6 persone.
L'accettazione della presente scheda non vincola, pertanto, l'Agenzia Formativa CIOFS/FP SARDEGNA a realizzare effettivamente il corso.
I **POSTI** vengono **ASSEGNATI IN BASE ALL'ORDINE DI ARRIVO DELLE DOMANDE** di iscrizione e alla **regolarizzazione amministrativa**. **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 di tutti gli allegati obbligatori.
Il modulo di iscrizione, compilato in ogni sua parte e corredato degli allegati obbligatori, dovrà essere consegnato a mano o spedito tramite raccomandata A/R alla sede corsuale: CIOFS/FP Sardegna, Via XXVIII Febbraio, 21 - 09131 Cagliari (CA).
É indispensabile allegare al presente modulo copia del documento di identità in corso di validità del genitore/tutore e del candidato/a.

3. Recesso

È possibile annullare l'iscrizione 15 giorni prima dell'avvio del corso, 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/a 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.

5. Calendario

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

6. Materiali ed Attrezzature

I partecipanti devono presentarsi al corso con il proprio *beauty case* personale, contenente i trucchi utilizzati abitualmente.
Saranno messi a disposizione, inoltre, tutti i materiali e le attrezzature delle aule e dei laboratori del CIOFS/FP Sardegna, utili allo svolgimento dell'attività formativa.

7. Rilascio Attestazioni

Al termine di ciascun modulo verrà rilasciato un Attestato di partecipazione.

8. Pagamenti e fatturazione

La quota di partecipazione ammonta a **€ 40,00 a modulo (quaranta/00)**.

Il pagamento del corrispettivo per la fornitura dell'intervento formativo deve essere versato **in un'unica soluzione,** alla comunicazione di completamento del gruppo-corso.

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

CENTRO ITALIANO OPERE FEMMINILI SALESIANE
Banca: **BANCA NAZIONALE DEL LAVORO** **Filiale:** **VIA CARLO FELICE N. 11 - CAGLIARI**
Coordinate bancarie: IBAN IT12F0100504800000000101651 **Causale:** **Titolo del corso ed nominativo del partecipante**

Data _____ Firma per esteso per presa visione e accettazione _____