

Il/la Sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____ M F

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Nazionalità _____ Stato civile: Celibe/Nubile Coniugato/a

Residente in Via _____ Città _____ Prov. _____ Cap _____

Domiciliato in Via _____ Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. Abitazione _____ Cell _____ Fax _____

CODICE FISCALE _____ MAIL _____

CHIEDE

l'iscrizione al corso denominato **ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO codice 1004960** DDPF 559 DEL 04/06/2018 della durata di **700 ORE+ESAME** ore del CAT CONFESERCENTI MACERATA SRL per l'importo totale di € _____ **iva inclusa** tramite compilazione e sottoscrizione del presente accordo.

DICHIARA

a) di essere in possesso del seguente titolo studio:

	TITOLO DI STUDIO	TIPOLOGIA
1	Licenza media inferiore	
2	Dipl. scuola media superiore 2-3 anni che non consente iscrizione a università	
3	Dipl. scuola media superiore 4-5 anni che consente iscrizione a uni	
4	Dipl. uni o di scuola diretta fini speciali (vecchio ordinamento)	
5	Laurea triennale I° livello (nuovo ordinamento)	
6	Laurea > 3 anni (vecchio ordinamento) o specialistica nuovo ordinamento	

b) di essere in possesso della seguente situazione occupazionale:

	TIPOLOGIA RAPPORTO LAVORO	
1	In cerca di prima occupazione	iscritto al centro impiego di _____ dal _____
2	Occupato (occ. saltuaria e CIG)	dal _____ denomin. datore lavoro _____ P.IVA _____ tipo contratto: _____
3	Disoccupato in cerca di nuova occupazione (mobilità)	Iscritto al centro impiego di _____ dal _____
4	Studente	
5	Inattivo (casalingo/ritirato da lavoro/inabile/serv. civile etc)	

c) di frequentare il corso perché _____

e al termine del corso mi aspetto di aver appreso _____

d) dichiara di accettare il contenuto didattico, i docenti e la sede del corso in oggetto e di accettare le eventuali variazioni (calendario, sede, docente etc) che verranno effettuate dall'ente a scopo didattico/organizzativo;

e) dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

f) dichiara di accettare il costo complessivo del corso in oggetto e le seguenti

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Quota iscrizione EURO _____ entro il giorno di sottoscrizione del presente contratto
 Saldo EURO _____ entro il primo giorno di lezione
 a mezzo BONIFICO BANCARIO intestato a CAT CONFESERCENTI srl IBAN: IT58X031111347400000031487
 CAUSALE: corso _____
 FATTURA da intestata a: denominazione ditta:
 Indirizzo: _____ Città: _____ telefono: _____
 P.IVA: _____ Codice Fiscale: _____

ACCETTA LE SEGUENTI CONDIZIONI DI PAGAMENTO

a) ai sensi del DL 50 del 15/1/1992 il contraente avrà 7 (sette) giorni di tempo dalla data di sottoscrizione per recedere dal contratto

b) la probabile data di inizio del corso sarà fornita a puro titolo indicativo. Il CAT Confesercenti Macerata srl si riserverà, qualora non sia raggiunto il numero minimo dei partecipanti, di posticipare la data di inizio, qualora sorgano particolari problemi organizzativi, di non effettuare il corso.

Data: _____ Firma Dichiarante (se minorenni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà)

PRIVACY

SI DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY DEL D.LGS 196/03. SI PRESTA IL CONSENSO AL C.A.T. CONFESERCENTI MACERATA SRL, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COME INDICATO NELL'INFORMATIVA STESSA IN QUALSIASI MOMENTO POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LGS 196/03. SI INFORMA INOLTRE CHE TALI DATI SARANNO UTILIZZATI ANCHE DAL C.A.T. CONFESERCENTI MACERATA SRL PER RILEVAZIONI STATISTICHE E COMUNICAZIONI INFORMATIVE. IN QUALSIASI MOMENTO POTRÀ ESSERE RICHIESTO L'ACCESSO AI DATI, CHIEDENDONE LA CANCELLAZIONE O LA MODIFICA, DANDONE COMUNICAZIONE AL C.A.T. CONFESERCENTI MACERATA SRL, VIA GIOVANNI XXIII, 45 - 62100 MACERATA, TEL- FAX. 0733 240962.

Data: _____ Firma Dichiarante (se minorenni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà)

RISERVATO CAT CONFESERCENTI MACERATA SRL: DOMANDA RIESAMINATA CON ESITO: POSITIVO NEGATIVO DATA _____ FIRMA _____

**DOMANDA D'ISCRIZIONE ALLIEVO****ANNO FORMATIVO 2018**

ENTE GESTORE _____ C.A.T. CONFESERCENTI MACERATA SRL _____

SITUAZIONE ANAGRAFICACognome e nome _____ Sesso

Nato a _____ il _____ prov. _____ stato _____

Residente a: CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cittadinanza _____

CHIEDE**Di essere ammesso per l'anno formativo 2018 alla frequenza del****corso n. 1004960 per ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO DDPF 559 DEL 04/06/2018****SITUAZIONE SCOLASTICA**

Titolo di studio _____ conseguito nell'anno _____

Ha frequentato altre scuole senza conseguire il relativo diploma _____

Se si: tipo di scuola _____

ultimo anno frequentato _____

Eventuali qualifiche professionali regionali possedute in ordine di conseguimento:

qualifica _____

qualifica _____

data _____

Firma _____