

in collaborazione con



Ente di Formazione
accreditato dalla
Regione Campania

PER IL TUO SUCCESSO FORMATIVO

Presenta il CORSO OSA "Operatore Socio Assistenziale"
VALIDO 1 PUNTI ATA C.S. (TABELLE 2020/2023) DURATA CORSO CIRCA 5/6 MESI

CORSO INTERAMENTE ONLINE FINO A NUOVE DISPOSIZIONI

Consentite 120 ore di assenza corrispondenti al 20 % del monte ore

CORSO OSA
▶ OPERATORE SOCIO
ASSISTENZIALE
Valido 1 PUNTO Graduatorie ATA C.S.
Iscriviti ora!

REGIONE CAMPANIA
CORSI DI FORMAZIONE ACCREDITATI
DALLA REGIONE CAMPANIA

**APPROFITTA DELLA POSSIBILITA' DI SEGUIRE IL CORSO
INTERAMENTE ONLINE**

**PER TUTTE LE INFO CONTATTARE ESCLUSIVAMENTE
06 86358817 INTERNO 4 - 376 0217770**

DURATA CORSO 600 ORE come di seguito:

- 336 ORE IN F.A.D . fruibili online 24 ore su 24 senza vincoli di orario
- 84 ORE VIDEOCONFERENZA - Calendario e orario lezioni programmate
- 180 ORE PROJECT WORK Lezioni ed Esercizi ad orari programmati

ESAME DI PROFITTO FINALE : TESINA + TEST SCRITTO

La data verrà comunicata agli iscritti per posta elettronica con indicata la sede
Le sessione d'esame finale è in presenza a Salerno (salvo diverse disposizioni)

Esame ripetibile gratuitamente

Solo per gli iscritti CORSIECAMPUS.IT - *PROMO E RATEIZZAZIONE*

Costo € 790

PRIMA RETTA € 150 (Allegare copia) Successive N. 4 RETTE MENSILI DI € 160
Iban: IT42E0834276380003010032845 - Intestato a: Centro Studi Giovanni Verga

MODALITA' D'ISCRIZIONE - INVIARE OBBLIGATORIAMENTE MODULO SCANSIONATO

ISCRIZIONI@CORSIECAMPUS.IT

NOME COGNOME

Firma per accettazione e presa visione



MODULI O PDF COMPILABILE A PC da apporre firma autografa

***NELL'ALLEGATO 2 COMPILARE SOLO I CAMPI RICHIESTI PERSONALI**

La segreteria una volta ricevuta la documentazione provvederà **APPENA PARTIRA' IL CORSO**
ad inoltrare credenziali attivazione del corso prescelto, vademecum piattaforma, linee guida.

PER IL TUO SUCCESSO FORMATIVO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

CONTRATTO

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____ prov. _____
in via _____ n. _____, Tel./cell _____
e-mail _____
C.F. _____,

chiedo di essere iscritto/a al corso di

Corso **OSA** di qualifica professionale **OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE**

REGOLAMENTO

- 1) Il prezzo contrattuale del corso è di € 790,00 (settecentonovanta,00)
- 2) Il pagamento del corso è così dilazionato: iscrizione € 150,00 (centocinquanta,00)
n. 4 rette MESILI di € 160 da versare entro il 5 di ogni mese
- 3) Il corso avrà inizio appena formata l'aula e verrà inviata comunicazione
- 4) Il corso avrà una durata di ore 600, organizzato secondo il calendario stabilito dal Centro Studi e il programma stabilito dalla Regione Campania di cui il corsista è a conoscenza.
- 5) Il saldo di fine corso, deve essere eseguito entro e non oltre la data di esame.
- 6) Il mancato o ritardo pagamento di una retta determinerà la sospensione immediata del corso.
- 7) Si porta a conoscenza che l'importo contrattuale costituisce debito, anche se l'iscritto non si presenta ai corsi o agli esami per i quali è stato iscritto.
- 8) In caso di rinuncia al corso il contraente dovrà versare il 100% dell'intero importo e le quote versate non verranno restituite.
- 9) L'iscritto è soggetto alle disposizioni disciplinari della direzione, un comportamento scorretto nei confronti di tutor, compagni, cose, responsabili del Centro e soggetti presenti nel Centro comporterà l'espulsione immediata dal corso, con pagamento dell'intera somma restante, oltre al rimborso per eventuali danni cagionati.

- 10) E' fatto assoluto divieto di fumare durante il corso.
- 11) Il Centro Studi si esula da qualsiasi responsabilità nei confronti del corsista e da comportamenti scorretti di quest'ultimo che possano arrecare disturbo o danni
- 12) Il Centro Studi non assicura il superamento degli esami per i quali il corsista si iscrive.
- 13) Il superamento degli esami dipende esclusivamente dall'impegno del corsista.
- 14) Qualsiasi controversia in ordine all'interpretazione ed esecuzione del presente contratto viene devoluta al Foro di Salerno.

Luogo e data di sottoscrizione _____

Timbro e firma Centro Studi

Firma Corsista



- 15) Dopo ampia negoziazione e trattativa, si approva specificatamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1341 e 1342 del codice civile , la clausola di cui al punto n. 13 del presente contratto di deroga alla competenza territoriale.

Luogo e data _____

Timbro e firma Centro Studi

Firma Corsista



IMPORTANTE : LA DOCUMENTAZIONE ANDRA' ANTICIPATA SCANSIONATA A
iscrizioni@corsiecampus.it

ALLEGANDO

MODULUSTICA FIRMATA - COPIA BONIFICO - DOCUMENTO PERSONALE - CODICE FISCALE
COPIA DIPLOMA O AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO

E SPEDITA IN ORIGINALE CON RACCOMANDATA A:

CENTRO STUDI VERGA Via Luigi Guercio, 353, 84134 Salerno SA
info 3760217770 interno 4
Seguiamo esclusivamente gli iscritti Ente Corsiecampus.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
A CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
AUTORIZZATO DA REGIONE CAMPANIA**

All'Agenzia Formativa

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

oppure (compilare da parte del genitore/tutore nel caso di allievo minorenni)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
per conto del proprio figlio _____
nato/a _____ prov. _____ il GG/MM/AA _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____

recapito telefonico fisso (1)* _____ recapito telefonico fisso (2)* _____
recapito telefonico mobile (1)* _____ recapito telefonico mobile (2)* _____
indirizzo e-mail (1)* _____ indirizzo e-mail (2)* _____

**(facoltativo)*

CONSAPEVOLE

Delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio),

CHIEDE

di essere iscritto/richiedere l'iscrizione di _____ STUDENTE _____ al
Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo *(compilare il percorso
interessato)*:

O.S.A. OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE

avente durata pari a 600 ore, autorizzato da Regione Campania con Nota Prot. _____ del
_____, da effettuarsi presso la sede operativa sita nel comune di _____
_____, all'indirizzo _____.

A tal fine dichiara:

1. di essere in possesso/ che il proprio figlio è in possesso di:

Titolo di Studio _____ conseguito il _____
presso _____.

Oppure: Qualifica richiesta per la frequenza al corso (se diversa dal titolo di studio)
_____ conseguita il _____
presso _____.

2. (eventuale) di aver contestualmente presentato richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso (se applicabili) come da documentazione allegata.
3. (nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea), di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso come da copia allegata.
4. di essere a conoscenza degli obblighi previsti da Regione Campania in merito alle modalità di partecipazione alle attività formative ed in particolare di essere a conoscenza che è previsto l'obbligo di frequenza per almeno il 20% (..VENTI.. per cento – da indicare in lettere) del monte ore COMPLESSIVO del corso al fine di poter essere ammesso all'esame finale e che il percorso formativo prevede lo svolgimento delle seguenti attività:
- AULA (monte ore pari a: 420 di cui ore FAD /E-Learning 336)
 - LABORATORIO (monte ore pari a: _____)
 - STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: 180 (centottanta)
(eliminare la parte che non interessa)
5. di essere a conoscenza che il Titolo di Studio o Qualifica richiesta per la frequenza al corso è _____
DIPLOMA

DICHIARA, INOLTRE,

DI AVER VERSATO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (EURO _____ in lettere _____) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Oppure

DI AVER VERSATO IL PRIMO ACCONTO PARI AD € _____ (Euro _____ in lettere _____) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € _____ (Euro _____ in lettere _____) E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE RICEVUTA DI QUIETANZA.

Allega: 1) documento di identità n. _____, in corso di validità, rilasciato in data _____ dal _____.

2) richiesta di riconoscimento di crediti formativi di ammissione o di frequenza al corso (eventuale).

3) copia permesso di soggiorno in corso di validità o della ricevuta della domanda di rinnovo dello stesso (nel caso di migranti, provenienti da Paesi non facenti parte dell'Unione Europea).

Luogo e data _____



Firma _____

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del Trattamento: I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di frequentare un corso di formazione professionale e di ammissione all'esame finale per il rilascio di un attestato/qualifica.

2. Modalità del Trattamento: Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano l'utilizzo di sistemi informatici (*Piattaforma Regionale SILF*).

3. Conferimento dei dati: Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la non iscrizione al corso.

4. Comunicazione e diffusione dei dati: I dati forniti potranno (essere/saranno) comunicati a: Regione Campania – Direzione Generale Istruzione Formazione Lavoro e Politiche Giovanili. I dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione ma inseriti in una piattaforma regionale per attività istituzionali di monitoraggio e controllo.

5. Titolare del Trattamento: Il titolare del trattamento dei dati personali è

6. Diritti dell'interessato: In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, lì

Firma _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta _____

esprimo il consenso NON esprimo il consenso

al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso

alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell'informativa.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA FORMATIVA / SOGGETTO ATTUATORE DEL CORSO

La presente domanda di iscrizione al corso di formazione professionale per il profilo di _____ viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia