MODULO: DOMANDA DI AMMISSIONE E PATTO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a:_____

Nato/a a _____ Pr _____ il ____/____/_____

C.F. _____

Carta di Identità N°_____ rilasciata il _____ da Comune di _____

Nazionalità ☐ ITALIANA ☐ _____

Permesso di soggiorno n°_____ scadenza _____

Comune di residenza_____Pr _____

Indirizzo:_____ cap_____

Cellulare _____ Telefono _____

E-mail_____

Professione _____

Titolo di studio _____

Conseguito in data ____/____/_____

Istituto/Università _____

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 al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo di qualifica professionale di: OPERATORE ALL'ASSISTENZA EDUCATIVA Al DISABILI in sigla O.A.E.D.

con durata pari a 300 ore, Autorizzato da Regione Campania, corso istituito in conformità alla Legge 13/2013 già art 14 legge 845/78; gestito da uno dei nostri **partner**: agenzia formativa accreditata con la Regione Campania con sede a Roma, **con la collaborazione di Pixe! Formazione** di seguito definiti **gli organizzatori**, e di accettare il regolamento di seguito riportato

CONDIZIONI GENERALI:

1) Gli **organizzatori** si impegnano allo svolgimento del corso e dell'esame finale, comunicando frequenza e calendari. Il corso con durata pari a 300 ore e il programma stabilito dalla Regione Campania di cui il corsista è a conoscenza avrà inizio a partire presumibilmente dal mese di: _____**202**__ (contattare PIXE! Formazione per il dato da inserire).

2) L'iscrizione al corso si intenderà perfezionata al momento della ricezione da parte della segreteria del Modulo di iscrizione in formato elettronico o cartaceo, compilato in ogni sua parte e sottoscritto e del pagamento del costo complessivo del corso o della prima delle eventuali rate concordate e indicate nel presente modulo.

3) Gli organizzatori per ragioni organizzative e a proprio insindacabile giudizio, si riservano il diritto di annullare o rinviare la data di inizio corso e/o il periodo di svolgimento dello stesso o modificare il calendario del corso, dandone comunicazione agli iscritti telefonicamente, via sms o via e-mail entro il termine di 3 (tre) giorni prima della data prevista di inizio corso.

4) Il corsista dichiara di aderire e contestualmente accettare tutte le regole e determine regionali emanata dalla Regione Campania in ambito dei Corsi di Qualifica Professionale; di possedere strumenti tecnologici e competenze idonei a frequentare il corso: Personal Computer con webcam e microfono funzionanti, pacchetto Office o analogo, idonea velocità di connessione ad Internet.

5) L'iscrizione al corso non potrà essere revocata dall'allievo o chi per lui per nessuna ragione e i pagamenti delle quote dovranno essere effettuati anche in caso di ritiro o non frequenza al corso. Si porta a conoscenza che l'importo contrattuale costituisce debito, anche se l'iscritto non si presenta al corso o agli esami per i quali è stato iscritto.
Si precisa che il corso è a numero limitato, e quindi, in caso di rinuncia/abbandono del corso il corsista dovrà versare comunque il 100% dell'intero importo e le quote versate non verranno restituite, il tutto a tutela della continuità del percorso formativo e dei costi di gestione derivanti dallo stesso.

6) Il mancato pagamento della intera quota spettante (saldo del corso) determinerà la non ammissione del corsista alla sessione di esame finale.

PIXE! di **Bianchini Alessandro**
Via A. Vici, 20 – Z.I. Paciana – 06034 Foligno (PG)
Tel. 0742 20015 E-Mail **segreteria@pixeformazione.com**
Partita IVA 02529970549
Formazione Superiore, Continua e Permanente
con Regione Umbria Det. Dir. N° 5268 del 24/04/2024

7) La data dell'esame finale viene decisa dalla Regione Campania solo successivamente al completamento del corso, e sarà comunicata agli organizzatori che provvederanno ad avvisare tempestivamente i corsisti.
8) Il corsista è soggetto alle disposizioni disciplinari della direzione, un comportamento scorretto nei confronti di tutor, compagni, cose, strutture ospitanti lo stage/tirocinio e soggetti presenti all'interno, organizzatori e soggetti presenti nello stesso, comporterà l'espulsione immediata dal corso, con pagamento dell'intera somma restante, oltre al rimborso e/o risarcimento per eventuali danni cagionati a persone e/o cose.
9) Per le attività didattiche svolte in remoto gli organizzatori non saranno responsabili di eventuali comportamenti scorretti dei discenti, in via esemplificativa e non esaustiva: disattivazione della telecamera, allontanamento dalla postazione web, etc.
10) Per confermare l'iscrizione al portale della Regione Campania lo studente dovrà necessariamente convalidare i propri dati accedendo con il proprio SPID.
11) **Certificato di Qualificazione Professionale** | Il corsista, una volta superato l'esame finale, senza costi aggiuntivi potrà scaricare il proprio **certificato**, accedendo nella piattaforma SIUL della Regione Campania tramite il proprio **SPID**/**CIE**.
12) Per ogni controversia che dovesse insorgere in esecuzione del presente accordo, sarà competente il Tribunale di Spoleto.

Data _____ Firma _____

Ai sensi e per gli effetti degli art 1341 cod. civ. dichiaro di aver letto e approvato le clausole da 1 a 12 di cui alla presente domanda di ammissione al corso.

Data _____ Firma _____

Corso OPERATORE ALL'ASSISTENZA EDUCATIVA AI DISABILI

Il Corso e l'esame finale si svolgeranno in modalità online.
Il superamento dell'esame finale permette di conseguire Certificazione in conformità alla Legge 13/2013 già art 14 legge 845/78.

EDIZIONE con calendario delle lezioni che si svolgeranno:

☐ **MATTINA (08.00-14.00)**
(obbligatorio barrare unica opzione mattino per aderire al corso)

COSTO

Costo complessivo per iscrizione, partecipazione a corso ed esame di qualifica ~~**Euro 800,00 – ottocento**~~ **scontato > Euro 697,00** (**seicentonovantasette**/00).
Gli importi indicati si intendono: IVA Esente Art. 10/15 DPR 633/72 e marca da bollo inclusa 2,00 euro.
La fattura viene emessa da PIXE! Formazione.

PATTO ECONOMICO

Il corsista si impegna a rispettare il seguente patto economico. Il pagamento sarà corrisposto in:
☐ **OPZIONE A - UNICA SOLUZIONE** di **€ 697,00** CONTESTUALE ALL'ISCRIZIONE
☐ **OPZIONE B - ACCONTO** di **€ 497,00** CONTESTUALE ALL'ISCRIZIONE **+** SALDO **€ 200,00** cad. a 45 giorni dalla data di inizio del corso.
☐ **OPZIONE C - ACCONTO** di **€ 447,00** CONTESTUALE ALL'ISCRIZIONE **+ SECONDA QUOTA** da **€ 125,00** cad. a 30 giorni e **SALDO** da **€ 125,00** a 60 giorni dalla data di inizio del corso.

OMAGGIO Skill / Termini e condizioni

Gli iscritti che rispettano le scadenze di pagamento indicate nel patto economico, con pagamenti effettuati entro 7 giorni dalle date stabilite, riceveranno da **Pixe! Formazione**, dopo il saldo, una **Skill in omaggio**.
La Skill può essere scelta tra: **Dattilografia** per ATA, **HACCP** per Operatore del Settore Alimentare, **Sicurezza Generale** 4 ore o **Sicurezza Rischio Basso** 4 ore. La Skill omaggio non può essere convertita in altre Skill o servizi.
La Skill ricevuta in omaggio può essere ceduta dall'iscritto ad amici o familiari.
In alternativa alla Skill omaggio, l'iscritto può acquistare una certificazione con **sconto del 25%** sul prezzo di listino vigente. Le certificazioni disponibili sono: **Pekit Expert DigComp 2.2**, valida come **CIAD riconosciuta da Accredia**, oppure **Eipass 7 Moduli User**.
Per motivi amministrativi e di fatturazione, la richiesta di attivazione della Skill deve essere inviata entro e non oltre 15 giorni dal completamento del saldo. Dopo questo termine, la Skill non potrà più essere attivata gratuitamente.

PIXE! di **Bianchini Alessandro**
Via A. Vici, 20 – Z.I. Paciana – 06034 Foligno (PG)
Tel. 0742 20015 E-Mail **segreteria@pixeformazione.com**
Partita IVA 02529970549
Formazione Superiore, Continua e Permanente
con Regione Umbria Det. Dir. N° 5268 del 24/04/2024

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato mediante:

☐ **Bonifico bancario** allegare copia dell'avvenuto pagamento
bonifico IBAN **IT03W0845621700000000202143** intestato a a **PIXE! di Bianchini Alessandro**
Indicare nella causale il proprio **NOMINATIVO + ISCRIZIONE CORSO OAED**

☐ **Contanti** / pagamento in sede PIXE! Formazione

☐ **POS** / pagamento in sede PIXE! Formazione

Iscrizione al corso ed accettazione del patto economico, modalità di pagamento

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Allegare in formato pdf a segreteria@pixeformazione.com

- ☐ **copia documento di identità** (in corso di validità)
- ☐ **tessera sanitaria** (in corso di validità)
- ☐ **titolo di studio** (se diploma anche il retro con timbro prot./data)
- ☐ **copia contabile avvenuto pagamento** (in caso di bonifico bancario)

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (Privacy)

I suoi dati personali sono utilizzati da PIXE! di Bianchini Alessandro, Titolare del trattamento dei dati, per gli adempimenti strettamente necessari all'espletamento della presente iniziativa nel completo rispetto del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale in vigore, recanti disposizioni a tutela delle persone in materia di trattamento dei dati personali.
Le finalità del trattamento dei dati raccolti da PIXE! sono funzionali alle attività didattiche ed amministrative: registrazioni, iscrizioni, accessi alla piattaforma digitale per la didattica, tracciamento automatico dei percorsi formativi, curriculum elettronico, verbali di esami, pagamenti, comunicazioni. Il trattamento dei dati è effettuato mediante strumenti elettronici, cartacei e telematici. PIXE! può comunicare i suoi dati ad altri soggetti privati o pubblici, 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, per l'espletamento delle procedure amministrative e didattiche. Lei studente (interessato dal trattamento) ha il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati, il diritto di opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati facendone richiesta scritta al Titolare del trattamento dati: PIXE! di Bianchini Alessandro, sede legale in via A. Vici, 20 – FOLIGNO (PG).

Ai sensi dell'art.13 del GDPR e della normativa nazionale in vigore la invitiamo a visionare tutti i dettagli del trattamento indicati nell'informativa completa pubblicata su www.pixeformazione.com/privacypolicystudente

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a: Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Dichiaro/a di aver letto l'informativa completa presente su
https://www.pixeformazione.com/privacypolicystudente
e ai sensi dell'art.7 del GDPR

☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali per l'invio di messaggi tramite WhatsApp sul proprio cellulare ed invio di newsletter, comunicazioni di cortesia, materiale promozionale e informativo tramite E-Mail per le finalità, la durata e nei limiti precisati nell'informativa che ho già letto.

Firma _____

Ai sensi dell'Art.7 del Regolamento UE 679/2016 la informiamo che in ogni momento può revocare il suo consenso sopra espresso, senza obbligo di motivazione e senza oneri di forma, con comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei suoi dati personali, ai recapiti indicati nell'informativa. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca e non interrompe l'erogazione del servizio in essere.

PIXE! di **Bianchini Alessandro**
Via A. Vici, 20 – Z.I. Paciana – 06034 Foligno (PG)
Tel. 0742 20015 E-Mail **segreteria@pixeformazione.com**
Partita IVA 02529970549
Formazione Superiore, Continua e Permanente
con Regione Umbria Det. Dir. N° 5268 del 24/04/2024

ALLEGATO 2

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

All'Agenzia Formativa _____

(riportare la denominazione)

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 minorenne)

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_____ al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo *(compilare il percorso interessato)*:

OPERATORE ALL'ASSISTENZA EDUCATIVA AI DISABILI in sigla O.A.E.D.

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

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 modalita' di partecipazione alle attivita' formative ed in particolare di essere a conoscenza che è previsto l'obbligo di frequenza per almeno il 80....% (OTTANTA percento – *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: 210) di cui ore FAD /E-Learning 84
   - LABORATORIO (monte ore pari a: 0)
   - STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: 90)

   (*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 DI ISTRUZIONE SUPERIORE DI PRIMO GRADO

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).*

fonte: http://burc.regione.campania.it

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 _____SEGRETARIO COORDINATORE AMMINISTRATIVO viene acquisita in data _____ con prot. n. _____

Timbro e Firma Agenzia

fonte: http://burc.regione.campania.it