

AGENZIA FORMATIVA
ACCREDITATA REGIONE CAMPANIA

AGENZIA FORMATIVA
ACCREDITATA REGIONE UMBRIA

MODULO: CONTRATTO DI ISCRIZIONE/IMMATRICOLAZIONE 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 SOCIO-ASSISTENZIALE in sigla O.S.A**

con durata pari a 300 ore, ENTE FORMATIVO Centro Studi Giovanni Verga autorizzato da Regione Campania, corso istituito in conformità alla Legge 13/2013 già art 14 legge 845/78

CONDIZIONI GENERALI:

- 1) Centro Studi Giovanni Verga di Antonio Caiafa si impegna 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 da: _____ 2024 e terminerà entro: _____ 2025 (contattare PIXE! per indicazione esatta data inizio/termine da inserire).
- 2) L'iscrizione al corso si intenderà perfezionata al momento della ricezione da parte della segreteria di Centro Studi Giovanni Verga 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) Centro Studi Giovanni Verga per ragioni organizzative e a proprio insindacabile giudizio, si riserva 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) Per confermare l'iscrizione al portale della Regione Campania lo studente dovrà necessariamente convalidare i propri dati accedendo con il proprio SPID/CIE.
- 6) Il diritto di recesso è consentito soltanto se il candidato non abbia confermato tramite SPID/CIE l'iscrizione al corso ed entro 5 giorni dalla data di avvenuta di iscrizione. La richiesta deve essere effettuata formalmente, tramite specifica modulistica disponibile in sede e che è possibile richiedere anche tramite mail. Dal rimborso degli importi versati sarà trattenuto un contributo forfettario di euro 150 per attività di gestione di segreteria e amministrazione e servizio pratica di immatricolazione.

**AGENZIA FORMATIVA
ACCREDITATA REGIONE CAMPANIA**

**AGENZIA FORMATIVA
ACCREDITATA REGIONE UMBRIA**

7) Una volta confermato tramite SPID/CIE l'iscrizione al corso, questa 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.

8) Il mancato pagamento della intera quota spettante (saldo del corso) determinerà la non ammissione del corsista alla sessione di esame finale. La data dell'esame finale viene decisa dalla Regione Campania e sarà comunicata al Centro Studi Giovanni Verga che provvederà ad avvisare tempestivamente i corsisti.

9) 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, responsabili del Centro Studi Giovanni Verga 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.

10) Per le attività didattiche svolte in remoto il Centro Studi Giovanni Verga non sarà responsabile di eventuali comportamenti scorretti dei discenti, in via esemplificativa e non esaustiva: disattivazione della telecamera, allontanamento dalla postazione web, etc.

11) Per ogni controversia che dovesse insorgere in esecuzione del presente contratto, 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 11 di cui al presente contratto di iscrizione/immatricolazione al corso.

Data _____

Firma _____

Corso OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE

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.

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.

Edizione richiesta con calendario delle lezioni

MATTINA **POMERIGGIO** (scelta obbligatoria)

COSTO

Costo complessivo per iscrizione, partecipazione a corso ed esame di qualifi-

ca **Euro 800,00 (ottocento/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 al corsista da PIXE! Formazione, a saldo avvenuto.

PATTO ECONOMICO

Il corsista si impegna a rispettare il seguente patto economico. Il pagamento sarà corrisposto in:

OPZIONE A - UNICA SOLUZIONE di € 800,00 CONTESTUALE ALL'ISCRIZIONE

OPZIONE B - ACCONTO di € 500,00 CONTESTUALE ALL'ISCRIZIONE + SALDO € 300,00 cad. a 45 giorni dalla data di inizio del corso.

OPZIONE C - ACCONTO di € 500,00 CONTESTUALE ALL'ISCRIZIONE + **SECONDA QUOTA** da € 150,00 cad. a 30 giorni e **SALDO** da € 150,00 a 60 giorni dalla data di inizio del corso.

Gli iscritti che rispetteranno le tempistiche di pagamento del patto economico (entro e non oltre 10 giorni dalle date previste), a saldo avvenuto Pixel! avranno in **omaggio** la Skill per certificazione informatica **PEKIT EXPERT** o in alternativa **DATTILOGRAFIA**. Il valore della certificazione omaggio non è convertibile con altre Skills o servizi. La Skill va attivata entro e non oltre 4 mesi dalla data del saldo. La Skill, su richiesta è attivabile anche a terzi.



**AGENZIA FORMATIVA
ACCREDITATA REGIONE CAMPANIA**

**AGENZIA FORMATIVA
ACCREDITATA REGIONE UMBRIA**

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato mediante:

- Bonifico bancario** allegare copia dell'avvenuto pagamento
bonifico IBAN **IT03 W 08456 21700 00000202143** intestato a **PIXE FORMAZIONE**
Indicare nella causale il proprio **NOMINATIVO + ISCRIZIONE CORSO O.S.A.**
- Contanti** / pagamento in sede PIXE! Formazione
- POS** / pagamento in sede PIXE! Formazione
- STRIPE** invio link tramite e-mail / WhatsApp per addebito diretto su **Carta di credito/debito / prepagata**

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

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Allegare in formato pdf a formazione@pixe.it

- 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, Centro Studi Giovanni Verga di Antonio Caiafa, 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

Accenso **Non accenso**

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.

Modello Rev. 25/09/2024



ALLEGATO 2

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

All'Agenzia Formativa
Centro Studi Giovanni Verga di Antonio Caiafa
Via G. Giuliani, 145
84069 ROCCADASPIDE (SA)

Il/La sottoscritto/a _____
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 al Corso di Formazione Professionale Autofinanziato relativo al percorso formativo di qualifica professionale di:

OPERATORE SOCIO-ASSISTENZIALE in sigla O.S.A

avente durata pari a 300 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:

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 80% (ottanta per cento) 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 210
- LABORATORIO (monte ore pari a: 90)
- STAGE / TIROCINIO (monte ore pari a: _____)

(*eliminare la parte che non interessa*)

- 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 IL PRIMO ACCONTO PARI AD 500,00 (Euro cinquecento,00) DELLA COMPLESSIVA QUOTA DI PARTECIPAZIONE PARI AD € 800,00 (Euro OTTOCENTO,00) 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 contengono 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 IL CENTRO STUDI GIOVANNI VERGA DI “ANTONIO CAIAFA”
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 **RAFFAELE BAMONTE**, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail raffaelebamonte@centrostudigiovanniverga.com

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

Luogo, li

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