

**ASSOCIAZIONE SVI.MA.G.**

Sede legale Via Alessandro Turco n. 45

Sede Operativa Piazza Duomo n. 1

88100 Catanzaro (Italy) Telefono e Fax 0961/743306

C.F. 97058430790 e P.I.: 02987600794

www.svimagformazione.it - info@svimagformazione.it**CORSO PER CUI SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE:****ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO (A.S.O.)**

Il / La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. (____) il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ Prov. (____) CAP _____

Via _____ n° _____

Domiciliato a _____ Prov. (____) CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____ Email _____

Titolo di studio _____

Conseguito presso _____ anno _____

Professione _____

CHIEDE

di essere iscritto e di frequentare il corso autofinanziato per "Assistente Studio Odontoiatrico", autorizzato dalla Regione Calabria, della durata di 700 ore oltre esami finali e al costo di € 1.500,00 (Millecinquecento/00).



ALLEGA

- Documento di identità in corso di validità
- Codice fiscale
- Permesso di soggiorno in corso di validità (se trattasi di cittadino straniero)

(Luogo e data)

Firma



DICHIARAZIONE
ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445 del 28/12/2000

Il / La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere nato/a a _____ (Prov.) _____ il ____ / ____ / ____

di essere residente a _____ CAP _____ (Prov) _____

alla via _____ n° _____

di essere cittadino italiano ovvero di essere cittadino extracomunitario con regolare permesso di soggiorno

di aver ricevuto, dall'Agenzia Formativa SVI.MA.G., informazioni esaustive su tutti gli aspetti del corso e di ritenersi sufficientemente informato/a e pertanto la solleva da ogni responsabilità;

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito presso l'Istituto _____ di _____ nell'anno _____

ovvero

di essere cittadino straniero residente sul Territorio della Repubblica Italiana e di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito presso l' Istituto _____

_____ di _____ nell'anno _____

_____ equipollente alla _____

italiana così come da dichiarazione del Consolato/Ambasciata di _____

prot. n. _____ del ____ / ____ / ____

di godere di diritti civili

di essere a conoscenza che per essere ammessi all'esame finale è assolutamente necessario aver frequentato almeno il 90% dell'intera durata del corso e aver corrisposto l'intero importo previsto per l'iscrizione e frequenza (€ 1.500,00 - Millecinquecento/00)

di essere a conoscenza che il rilascio dell'attestato di frequenza e profitto è subordinato al superamento dell'esame finale;

(Luogo e data)

Firma

Informativa ex D. Lgs. 196/03 – Tutela della privacy

I dati personali raccolti con questa scheda sono destinati ad essere trattati ed archiviati elettronicamente e/o manualmente nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte di persone e/o collaboratori esterni di ciò appositamente incaricati. Salvi i diritti di cui agli artt. 7, 8, 9e 10 del D. Lgs. 30 Giugno 2003 n°196, si precisa che i dati raccolti potranno essere utilizzati al fine di informarla in merito a prossime iniziative, fino a Sua specifica opposizione inibitoria. Titolare del trattamento è il Presidente pro tempore. Con la sottoscrizione della presente l'interessato **esprime libero consenso** ai trattamenti necessari e/o obbligatori cui la scheda si riferisce.

Firma



Il / La sottoscritto/a

DICHIARA

di essere a conoscenza che il corso per “**Operatore Socio Sanitario O.S.S.**” è a titolo oneroso e si

IMPEGNA

a versare la relativa quota di iscrizione e frequenza secondo le modalità di seguito indicate:

ACCONTO: € 200,00 (duecento/00) alla consegna della presente domanda

- Contanti
- Assegno bancario intestato a “Associazione Svi.ma.g.”
- Bonifico indirizzato a Associazione Svi.ma.g.
Banca Intesa San Paolo
Filiale di Catanzaro – Corso Mazzini
IBAN **IT87V0306909606100000004652**

(Luogo e data)

Firma



DICHIARAZIONE
ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445 del 28/12/2000

Il / La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. (_____) il _____ / _____ / _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

Di aver compreso e di accettare integralmente e senza alcuna riserva, il **Regolamento Corsisti** di seguito riportato:

- La partecipazione al corso è subordinata alla sottoscrizione e consegna della domanda di iscrizione alla Segreteria dell'Agenzia Formativa SVI.MA.G. (potrà essere anticipata anche tramite mail all'indirizzo **info@svimagformazione.it**, riservandosi di consegnarla successivamente in originale), completa della documentazione richiesta e del versamento delle somme previste;
- L'ammissione agli esami finali è subordinata al versamento dell'intera quota prevista per l'iscrizione e frequenza alla Segreteria dell'Agenzia Formativa SVI.MA.G. entro la fine del percorso formativo;
- La quota versata sarà interamente restituita, senza alcuna maggiorazione per interessi o altro, in caso di mancato avvio dell'attività formativa entro 2 (due) mesi dalla data di presentazione della domanda e sarà invece interamente trattenuta in caso di mancata partecipazione per decisione del corsista;
- La frequenza è obbligatoria per tutti i corsisti. Dopo cinque (5) assenze ingiustificate consecutive il corsista sarà automaticamente depennato. In ogni caso in conformità a quanto stabilito dalla Regione Calabria, non sono ammessi agli esami gli allievi che avranno maturato assenze in misura superiore al 25% delle ore di formazione programmate;
- L'Agenzia Formativa SVI.MA.G. si riserva di allontanare i corsisti che si comporteranno scorrettamente, arrecando danno alla struttura e/o ai beni utilizzati o disturbando le lezioni;
- Le attività formative in aula si svolgeranno presso la sede accreditata dell'Ente sita in **Piazza Duomo n. 1 – 88100 Catanzaro (CZ)**;
- Si richiede esplicitamente ai corsisti di:
 - comunicare le assenze al responsabile del corso;
 - rispettare gli orari delle lezioni;
 - firmare il Registro di presenza giornaliera

(Luogo e data)

Firma
